

PRZEGLĄD Logopedyczno Pedagogiczno Psychologiczny

ISSN 2658-2953 NR 7/2025

Redaktor naczelna – dr Joanna Gruba

Korekta – Patrycja Keller

Projekt okładki – Krzysztof Stawiarski

Copyright © 2025 by Komlogo

Czasopismo wydawane jest w wersji elektronicznej.

Publikację można pobrać wyłącznie ze strony www.komlogo.pl po zalogowaniu się.

Wszelkie prawa zastrzeżone.

Wydawnictwo KOMLOGO

44-109 Gliwice, ul. Pszenna 2

tel. 32 233 54 71, 504 245 737

www.komlogo.pl, info@komlogo.pl

Gliwice 2025

Spis treści

Joanna Gruba, Joanna Starczewska,

Rzetelność testu do oceny integracji sensorycznej – Karty Oceny Rozwoju Sensorycznego-KORS 4

Marcin Golka,

Problemy diagnozy psychologicznej – analiza krytyczna testów..... 13

Magdalena Mitok,

Terapia miofunkcjonalna w praktyce logopedy szkolnego 19

Magdalena Miotk

Przewzorowywanie odruchów ustno-twarzowych na podstawie literatury 35

Magdalena Knapik

Czy musimy chować kobiecość, by być traktowane poważnie? O nauczycielkach, terapeutkach i sile autentycznej obecności kobiet w zawodach pomocowych 45

Justyna Grzejdziak

Małe kroki, wielkie postępy. Jak zajęcia SI wspierają rozwój dzieci w spektrum 49

Ewa Kisiel

Wykorzystanie elektrostymulacji w neurologopedycznej terapii 6-letniej pacjentki z MPD ... 52

Ewa Kozicka

Jak pracować nad wymową z dorosłymi - z doświadczeń logopedy medialnego 55

Joanna Gruba

Wydawnictwo Komlogo w Gliwicach

Joanna Starczewska

Zespół Szkół Ogólnokształcących nr 7 w Gliwicach

Rzetelność testu do oceny integracji sensorycznej – Karty Oceny Rozwoju Sensorycznego-KORS¹

Wstęp

Test *KORS* został opracowany w latach 2022–2025 w ramach współpracy interdyscyplinarnego zespołu specjalistów. Narzędzie to stanowi wystandaryzowany kwestionariusz obserwacyjny, który oparty jest na wynikach badań przeprowadzonych na ogólnopolskiej próbie 1084 dzieci z całej Polski.

Test *KORS* jest w pełni wystandaryzowanym przesiewowym testem do oceny integracji sensorycznej dzieci od 18 miesiąca życia do ukończenia 6 roku życia. Jest odpowiedzią na potrzeby specjalistów zajmujących się wstępną oceną procesów związanych z SI. Narzędzie może być wykorzystywane przez nauczycieli, logopedów, pedagogów, psychologów, fizjoterapeutów i innych specjalistów zajmujących się oceną integracji sensorycznej dzieci.

Dzięki krótkiej i zwięzłej formule testu badający może bardzo szybko ustalić, czy dziecko wykazuje prawidłowe reakcje związane z przetwarzaniem bodźców, czy też należy dziecko poddać szczegółowej diagnozie wykonanej przez specjalistę z zakresu integracji sensomotorycznej.

Test *KORS* umożliwia ocenę dzieci w 3 obszarach: *A. Nadwrażliwość*, *B. Niedowrażliwość*, *C. Autoregulacja*. W każdym obszarze znajduje się 8 prób diagnostycznych.

¹ Tekst jest fragmentem Podręcznika do testu Karty Oceny Rozwoju Sensomotorycznego-KORS, Wyd. Komlogo 2026 – w druku.

KORS jest narzędziem przesiewowym, a zatem obejmuje najważniejsze obszary badania i zawarte w nich próby diagnostyczne. Jeżeli podczas oceny dziecka badający stwierdzi liczne nieprawidłowości a dziecko uzyska niski wynik badania, badający powinien skierować dziecko do specjalisty, który dokona całościowej diagnozy w zakresie SI.

1. Karty Oceny Rozwoju Sensorycznego – informacje ogólne

Test KORS ocenia podstawowe funkcjonowanie zmysłów w prostej, usystematyzowanej formie. Każda z kart KORS posiada szczegółową instrukcję, co umożliwia przeprowadzenie badania diagnostom pracującym z dziećmi od 18 m.ż. do 6;11 r.ż. Karta pozwala na wczesne wychwycenie w żłobku, przedszkolu, poradni, ośrodku czy gabinecie dzieci z zaburzeniami rozwoju w zakresie przetwarzania sensorycznego.

Karty KORS umożliwiają ocenę dzieci w trzech obszarach, które uznano za fundamentalne w podstawowej ocenie integracji sensorycznej:

- A. Nadwrażliwość (nadreaktywność),
- B. Niedowrażliwość (podreaktywność/podwrażliwość)
- C. Autoregulację.

W każdym z obszarów znajduje się 8 prób, a każda próba dzieli się na trzy lampki, podobnie jak w sygnalizacji świetlnej: zielona, żółta, czerwona.

Lampka zielona to obszar próby, żółta to sygnał ostrzegawczy, niepokojące zachowanie lub zaburzenie występuje sporadycznie, czerwona to powtarzające się, niepokojące zachowanie lub zaburzenie – za każdym razem do wyboru mamy 5 przykładów dotyczących danego zmysłu lub obszaru autoregulacji.

W każdej zielonej lampce na podstawie obserwacji spontanicznych zachowań dziecka oceniamy funkcjonowanie wybranego zmysłu lub obszar autoregulacji.

Każda żółta lampka to podobnie, jak we wspomnianej już sygnalizacji świetlnej „coś alarmowego”, znak ostrzegawczy dla badającego, gdy sporadycznie w obszarze zmysłu lub autoregulacji, którego dotyczy próba zauważamy nieprawidłowość.

Każda czerwona lampka to występujące nieprawidłowości w obszarze funkcjonowania danego zmysłu lub obszaru autoregulacji, badający z wymienionych 5 punktów wybiera te, które dotyczą ocenianego dziecka.

Karty mają podział wiekowy dostosowany do potrzeb żłobków i przedszkoli:

- KORS 1 – karta „żłobkowa” - 18m.ż.-23 m.ż.,
- KORS 2- karta „2-latków” - 2;0-2;11,
- KORS 3 – karta „3-latków” – 3;0-3;11
- KORS 4 – karta „4-latków” – 4;0-4;11
- KORS 5 – karta „5-latków” – 5;0-5;11
- KORS 6 - karta „6-latków” – 6;0-6;11

Uproszczony podział ułatwia wypełnienie karty przez osobę przeprowadzającą obserwację, ponieważ nie musi zastanawiać się, którą kartę ma wypełnić.

Obszary A i B są skonstruowane na zasadzie przeciwieństw, co znacznie ułatwia wypełnienie karty. Treść próby (zielona lampka A1,B1) jest taka sama na początku:

„Dziecko prawidłowo reaguje na bodźce wzrokowe”

ale przeciwna jest oceniana sfera:

A1: Nie wykazuje nadwrażliwości wzrokowej.

B1: Nie wykazuje niedowrażliwości wzrokowej.

Treść instrukcji (żółta i czerwona lampka) również są wówczas przeciwieństwami.

Przykład:

A. NADWRAŻLIWOŚĆ		P
A1	● Dziecko prawidłowo reaguje na bodźce wzrokowe. Nie wykazuje nadwrażliwości wzrokowej.	
	● Dziecko wykazuje dyskomfort na niektóre bodźce wzrokowe, np. unika światła, słońca, błyszczących przedmiotów. Są to sytuacje sporadyczne, które nie utrudniają codziennego funkcjonowania.	
	● Dziecko nieprawidłowo reaguje na bodźce wzrokowe:	
	– unika światła, słońca,	
	– unika błyszczących przedmiotów, luster,	
	– zbyt szybko przerzuca uwagę z przedmiotu na przedmiot,	
	– pod wpływem światła oczy mu łzawią, pociera oczy,	
	– reaguje inaczej niż inne dzieci na określone bodźce wzrokowe (jakie? jak?)	
		

B. NIEDOWRAŻLIWOŚĆ		P
B1	● Dziecko prawidłowo reaguje na bodźce wzrokowe. Nie wykazuje niedowrażliwości wzrokowej.	
	● Dziecko wykazuje większe zainteresowanie wybranymi bodźcami wzrokowymi, np. wpatruje się w światło, słońce, błyszczące przedmioty. Są to sytuacje sporadyczne, które nie utrudniają codziennego funkcjonowania.	
	● Dziecko potrzebuje wzmocnionych bodźców wzrokowych:	
	– wpatruje się w światło, słońce,	
	– wpatruje się w błyszczące przedmioty, lustra,	
	– wpatruje się w jeden przedmiot, ma problemy z płynnym przerzuceniem uwagi, „wylacza się”,	
	– trzyma wszystko blisko oczu,	
	– reaguje inaczej niż inne dzieci na określone bodźce wzrokowe (jakie? jak?)	
		

Wynikiem badania kartą KORS jest jednoznaczna informacja, czy dziecko mieści się w normie rozwojowej w sferze zmysłów, czy nie. Dodatkowo badający uzyskuje:

- opis sensoryczny dziecka zawierający obszary zaburzeń (jeśli występują) z podziałem na zmysły, których dotyczą
- wskazania jakim innym narzędziem warto przebadać dziecko, np. kartami oceny jakościowej rozwoju (KOJR), kartami oceny zachowania i emocji (KOZE), kartami oceny logopedycznej dziecka (KOLD) czy kartami oceny rozwoju psychoruchowego (KORP).
- zalecenia, np. „wykonaj pełną diagnozę procesów SI”, „wykonaj badanie narządu wzroku (okulista, optometrysta)”, „wykonaj badanie narządu słuchu (audiolog, otolaryngolog)”, „zasięgnij opinii specjalisty ds. żywienia”, itp.
- przykładowe programy terapii, ćwiczenia dostosowane do potrzeb sensorycznych i wieku dziecka.

2. Ogólna charakterystyka badań standaryzacyjnych

Badania standaryzacyjne do testu powadzone były w czerwcu 2025 r. Wzięły w nich udział dzieci z całej Polski. Badania zostały przeprowadzone przez specjalistów posiadających ukończone szkolenie z testów Karty Oceny Logopedycznej Dziecka-KOLD lub Karty Oceny Rozwoju Psychomotorycznego-KORP. Ukończenie szkoleń przez specjalistów miało istotne znaczenie, ponieważ wszystkie narzędzia opracowywane przez Wydawnictwo Komlogo charakteryzują się spójną i jednolitą strukturą. Zatem istniało bardzo duże prawdopodobieństwo, że osoby przeszkolone w zakresie stosowania jednego z narzędzi poprawnie zrealizują również badania standaryzacyjne z użyciem KORS.

Do przeprowadzenia badań zgłosiło się 77 specjalistów. Przed przystąpieniem do badań zorganizowano spotkanie w formie online, na którym szczegółowo omówiono procedurę badania w każdej grupie wiekowej oraz wymogi w zakresie zapisu prawidłowych i nieprawidłowych odpowiedzi udzielanych przez dzieci. Przedstawiono również aplikację internetową, która ułatwiła specjalistom wprowadzanie wyników. Dzięki opracowanej specjalnie w tym celu aplikacji wyniki automatycznie gromadziły się w arkuszu kalkulacyjnym w którym dokonywano obliczeń. Aplikacja pozwalała również na wyeliminowanie błędów, które mogły powstać na etapie wprowadzania wyników do arkusza kalkulacyjnego.

Ostatecznie uzupełnione karty badania otrzymano od 58 specjalistów, którzy przeprowadzili badania placówkach na terenie całego kraju. Obliczeniom standaryzacyjnym poddano badania przeprowadzone w grupie 1084 dzieci w wieku od 18 miesiąca życia do ukończenia 6. roku życia, w tym 194 dzieci ze zdiagnozowanymi niepełnosprawnościami.

3. Własności psychometryczne testu KORS

Aby test mógł być uznany za wartościowe i użyteczne narzędzie badawcze lub kliniczne, powinien spełniać określone kryteria psychometryczne, do których należą: standaryzacja, obiektywność, normalizacja, rzetelność i trafność². W tabeli 1 przedstawiono ogólną charakterystykę własności psychometrycznych testu

Tabela 1. Ogólna charakterystyka własności psychometrycznych testu.

Własność	Charakterystyka
Standaryzacja	Test musi być przeprowadzany według ustalonej, jednolitej procedury, w tych samych warunkach dla wszystkich badanych, z identycznymi instrukcjami i sposobem oceny wyników.
Obiektywność	Wyniki testu nie powinny zależeć od osoby przeprowadzającej badanie ani od subiektywnej interpretacji; ocena powinna być jednoznaczna i oparta na normach.
Normalizacja	Test powinien posiadać normy odniesienia, które pozwalają interpretować wyniki w kontekście populacji.
Rzetelność	Test powinien dawać spójne i powtarzalne wyniki przy wielokrotnym badaniu tej samej osoby, co świadczy o stabilności pomiaru w czasie.

² Por. Brzeziński J., *Metodologia badań psychologicznych*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.

Trafność	Test musi mierzyć dokładnie to, co deklaruje, czyli właściwą cechę lub zdolność; wysoka trafność oznacza, że wyniki są zgodne z rzeczywistymi właściwościami badanego.
-----------------	--

Poniżej zostanie przedstawiona rzetelność testu Karty Oceny Rozwoju Sensorycznego-KORS.

4. Rzetelność testu KORS

Współczynnik rzetelności określa dokładność pomiaru i jest jedną z podstawowych cech psychometrycznych narzędzia diagnostycznego. Rzetelność określa dokładność i powtarzalność pomiaru. Test jest rzetelny, jeśli mierzy dane zjawisko w sposób spójny, stabilny i wolny od przypadkowych błędów pomiarowych. Rzetelność odnosi się do tego, na ile wynik uzyskany w teście jest wynikiem rzeczywistej badanej cechy, a nie skutkiem np. zmęczenia, nieprecyzyjnych instrukcji czy niejednoznacznych pytań.

Rzetelność testu KORS została oceniona za pomocą współczynnika alfa Cronbacha³, który stanowi jedną z najczęściej stosowanych miar spójności wewnętrznej testu, czyli tego, na ile poszczególne pozycje testu mierzą tę samą cechę psychologiczną. Jest jedną z najczęściej stosowanych statystyk w psychometrii do oceny rzetelności testu. czy pytania w teście są ze sobą powiązane i czy wspólnie tworzą spójny

Współczynnik rzetelności przyjmuje wartości od 0 do 1. Im większa wartość, tym większa rzetelność testu. Przyjmuje się, że wartości powyżej 0,5 oznaczają prawidłową rzetelność testu⁴. Alfę Cronbacha obliczono według wzoru:

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left(1 - \frac{\sum_{i=1}^k s_i^2}{s_c^2} \right)$$

gdzie

k – liczba pozycji testowych

s_i^2 – wariancja pozycji testowych

s_c^2 – wariancja całkowita wyników ogólnych testu

³ Por. Hornowska E., *Testy psychologiczne. Teoria i praktyka*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2016.

⁴ A. Machowski, *Rzetelność testów psychologicznych. Dwa ujęcia modelowe*, Warszawa-Poznań 1993, s. 36, za: J. Brzeziński, *Metodologia badań...*, dz. cyt., s. 463.

A. Współczynniki rzetelności w grupie dzieci rozwijających się prawidłowo

Współczynniki rzetelności dla poszczególnych obszarów oceny testem *KORS* w grupie dzieci rozwijających się prawidłowo przedstawiono w tabeli 2.

Tabela 2. Współczynnik rzetelności w grupie dzieci rozwijających się prawidłowo.

Wiek	A. Nadwrażliwość	B. Niedowrażliwość	C. Autoregulacja
18-23 m.ż.	0,81	0,89	0,84
2 r.ż.	0,83	0,84	0,83
3 r.ż.	0,76	0,79	0,81
4 r.ż.	0,69	0,75	0,73
5 r.ż.	0,77	0,76	0,78
6 r.ż.	0,84	0,70	0,81

Wyniki analiz przeprowadzonych osobno dla poszczególnych obszarów oceny integracji sensorycznej: A. Nadwrażliwości, B. Niedowrażliwości oraz C. Autoregulacji we wszystkich grupach wiekowych wskazują na dobry i bardzo dobry poziom rzetelności testu. Większość uzyskanych współczynników mieści się w przedziale od 0,70 do 0,89, co potwierdza dobrą spójność pozycji testowych w obrębie poszczególnych obszarów. Tylko w jednym przypadku (skala Nadwrażliwość u dzieci 4-letnich) wartość alfy Cronbacha nieznacznie spadła poniżej progu 0,70, co może wynikać z większej heterogeniczności zachowań rozwojowych w tej grupie wiekowej lub z potrzeby modyfikacji niektórych pozycji.

Uzyskane rezultaty potwierdzają, że test posiada stabilną strukturę i wewnętrzną jednorodność, a tym samym może być uznany za rzetelne narzędzie do pomiaru cech związanych z przetwarzaniem sensorycznym u dzieci.

Ze względu na udział w badaniach standaryzacyjnych dzieci z niepełnosprawnościami, przeprowadzono również obliczenia współczynnika rzetelności dla ocen uzyskanych przez dzieci, których rozwój przebiega w sposób nienormatywny. Z uwagi na zbyt małą liczebność w grupach wiekowych 18–23 miesiące oraz 2. rok życia, nie obliczono dla nich współczynników rzetelności. Zbyt niska liczba obserwacji w tych przedziałach wiekowych

uniemożliwia bowiem uzyskanie stabilnych i miarodajnych estymacji alfy Cronbacha, co mogłoby prowadzić do błędnych wniosków na temat spójności wewnętrznej testu.

B. Współczynniki rzetelności w grupie dzieci z niepełnosprawnościami

Współczynnik rzetelności dla poszczególnych obszarów oceny testem *KORS* w grupie dzieci z niepełnosprawnościami przedstawiono w tabeli 3.

Tabela 3. Współczynnik rzetelności w grupie dzieci z niepełnosprawnościami.

Wiek	A. Nadwrażliwość	B. Niedowrażliwość	C. Autoregulacja
3 r.ż.	0,53	0,72	0,79
4 r.ż.	0,76	0,79	0,81
5 r.ż.	0,76	0,84	0,80
6 r.ż.	0,71	0,81	0,85

Analiza współczynników rzetelności alfa Cronbacha testu *KORS* przeprowadzona w obszarach: A. Nadwrażliwość, B. Niedowrażliwość oraz C. Autoregulacja – w grupie dzieci z niepełnosprawnościami w wieku od 3 do 6 lat wykazała, że narzędzie charakteryzuje się zadowalającym i dobrym poziomem rzetelności psychometrycznej.

A. Nadwrażliwość – współczynniki rzetelności w tym obszarze w grupie dzieci od 4 do 6 roku życia wykazują poziom dobry, gdzie $\alpha > 0,70$. Świadczy to o wewnętrznej spójności prób w tym obszarze. Niższy poziom współczynnika na poziomie $\alpha = 0,53$ odnotowano w grupie 3-latków. Może to wynikać z większej różnorodności zachowań w tej grupie wiekowej lub mniejszego dopasowania prób obserwacyjnych do możliwości rozwojowych dzieci z niepełnosprawnościami.

B. Niedowrażliwość – współczynniki rzetelności w tym obszarze na każdym poziomie wieku kształtują się na poziomie dobrym i bardzo dobrym, gdzie $\alpha > 0,70$. Świadczy to o wewnętrznej spójności i stabilności w tym obszarze.

C. Autoregulacja – współczynniki rzetelności w tym obszarze na każdym poziomie wieku kształtują się na poziomie dobry i bardzo dobrym, gdzie $\alpha > 0,70$. Świadczy to o wewnętrznej spójności i stabilności w tym obszarze.

Ze względu na ograniczoną liczebność próby badawczej dzieci z niepełnosprawnościami w poszczególnych kategoriach zaburzeń, wskazane jest rozszerzenie zakresu badań populacji dzieci z poszczególnymi typami niepełnosprawności.

Zakończenie

Analiza współczynników rzetelności wykazała, że w przypadku dzieci rozwijających się prawidłowo narzędzie charakteryzuje się dobrym i bardzo dobrym poziomem spójności wewnętrznej.

Natomiast w przypadku dzieci z niepełnosprawnościami – analiza współczynników rzetelności wykazała, że narzędzie charakteryzuje się zadowalającym i dobrym poziomem spójności wewnętrznej.

Uzyskane wyniki wskazują, że test KORS jest rzetelnym narzędziem diagnostycznym, jednak w przypadku dzieci z niepełnosprawnościami zasadne jest rozszerzenie badań na bardziej liczne grupy dzieci z poszczególnymi typami zaburzeń.

Literatura:

- Brzeziński J., *Metodologia badań psychologicznych*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
- Gruba J., Starczewska J., *Podręcznik do testu Karty Oceny Rozwoju Sensomotorycznego-KORS*, Wyd. Komlogo 2026 – w druku.
- Hornowska E., *Testy psychologiczne. Teoria i praktyka*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2016.
- Machowski A., *Rzetelność testów psychologicznych. Dwa ujęcia modelowe*, Warszawa-Poznań 1993.

Problemy diagnozy psychologicznej – analiza krytyczna testów

Jak wszyscy wiemy, każde narzędzie diagnostyczne ma swoje zalety, ale też i wady. Mimo dokładania przez normalizatorów i wydawców wszelkich starań, współczesne testy nie są wolne od błędów – nawet tych merytorycznych. Dlatego to na psychologu diagnoście jako ostatecznym użytkowniku leży odpowiedzialność za rzetelne przeprowadzenie badania, co czasem wiąże się ze zmianą instrukcji, na przykład szyku zdania, czy podaniem innego równie adekwatnego, ale bardziej zrozumiałego przykładu. Czasami potrzebna jest nawet ingerencja w treść danego zadania. Zawsze trzeba też sprawdzić i skorygować klucz, gdyż zdarza się, że oryginalny wskazuje na niewłaściwe odpowiedzi.

Chciałbym tu omówić parę popularnych testów stosowanych we współczesnej diagnostyce. Zaczniemy od testu WISC-V Wechslera (2020). Pierwsze kłopoty zaczynają się już w drugim podteście, gdzie w przykładzie są zastosowane abstrakcyjne pojęcia. Bardzo dużo dzieci badanych przeze mnie i innych moich znajomych psychologów udziela odpowiedzi „nie wiem” lub błędnej. Dlatego warto tutaj po wyjaśnieniu podać jeszcze drugi przykład (wymyślony przez siebie), by dziecko dobrze zrozumiało instrukcję i nie traciło punktów na pierwszych zadaniach z danej grupy startowej.

Drugim takim miejscem w tym podteście jest pytanie siedemnaste – część dzieci, zwłaszcza zdolnych, jest w stanie uzasadnić dlaczego dwie wymienione tu rzeczy zupełnie nie są do siebie podobne. W takim przypadku uważam, że należy przyznać pełną pulę punktów za poprawne uzasadnienie, ponieważ w każdym teście zasadą jest, by działać na korzyść dziecka. W podteście numer 4 niektóre dzieci łączą pojedyncze cyfry w całe liczby, więc uważam, że warto tu od razu dołożyć do instrukcji polecenie, że wypowiadamy (powtarzamy) pojedyncze cyfry, a nie łączymy ich w całe liczby. Unikamy w ten sposób zamieszania i dekoncentracji dziecka, gdy jesteśmy już na którymś z kolei przykładzie, a dziecko właśnie wpadnie na pomysł takiego przedstawienia nam odpowiedzi. W podteście arytmetyka dosyć niefortunna jest treść

zadania dziewiętnastego, w którym Kasia „nalicza latarnie”. Proponuję tu zamienić latarnie na np. słupki. Poza tym nic też nie stoi na przeszkodzie, by imiona i przedmioty, które zawierają w sobie literę „r”, zamienić na imiona i rzeczy bez tej litery – tak więc imię Radek zamieniamy na Tomek, a kredki na mazaki. Oczywiście ma to znaczenie dla osób – diagnostów, którzy mają problemy z czystością wymawiania tej głoski. W powyższym teście, jak i w podteście „Układanie wzoru”, instrukcja wskazuje, by pod koniec upływającego czasu ponaglić dziecko – „czy masz już odpowiedź”. Uważam, że należałoby tutaj dać wybór dziecku, czy chce, żeby mu przypomnieć o upływającym czasie, czy też nie, zwłaszcza w „Arytmetyce” nie zalecałbym takiego ponaglenia i dopytywania, gdyż dziecko wykonuje obliczenia w pamięci i nagle przerywamy jego tok myślenia, co może całkowicie zniweczyć myślowy proces obliczeniowy.

W teście Stanford-Binet 5 (2017) natomiast wykonywanie samych ścieżek nawet w celach przesiewowych może moim zdaniem wprowadzić diagnostę w błąd i tym samym spowodować złą ocenę zdolności poznawczych danego dziecka. Różnica w wynikach z wykonania samych ścieżek i całego testu może wynosić nawet ponad 10 punktów ilorazowych. Teoretycznie dziecko badane samymi ścieżkami może się znaleźć w przedziale bardzo niskim, a po wykonaniu wszystkich poziomów testu awansować do przedziału przeciętnego. Jest to dla mnie rozpiętość, która dyskwalifikuje wykonanie tylko samych ścieżek jako wiążące dla diagnozy, na przykład niepowodzeń szkolnych. Natomiast jeśli chodzi o wydanie choćby opinii dla lekarza, czy uczeń jest w normie intelektualnej, bądź innego zaświadczenia, które nie wpływa istotnie na życie dziecka (a mamy do czynienia z uczniem szkoły podstawowej bądź uczniem szkoły ponadpodstawowej i wiemy, że jego osiągnięcia edukacyjne są dobre), to możemy kontrolnie wykonać same ścieżki, nie musimy wtedy wykonywać całości, gdyż wyniki te i tak nie zostaną w pełni wykorzystane.

Drugą istotną sprawą jest czas całościowego wykonania testu. Gdy znajdzie się zdolny nastolatek, który po zakwalifikowaniu ścieżkami znajdzie się „tylko” na poziomie trzecim i rozwiązując test w wolnym tempie, dojdzie do poziomu piątego, to pracując w sugerowanym czasie zajmie nam jego wykonanie około 4 godzin. Trzeba to wziąć pod uwagę, decydując się na wykonanie całości testu. Kolejną sprawą jest błąd merytoryczny w zadaniu numer 6 na poziomie piątym. W zadaniu tym „ćwierć obrotu” to w praktyce jedna ósma obrotu, w związku z tym odpowiedź umieszczona w kluczu jest prawidłowa dla treści jedna ósma obrotu, a nie dla treści, którą podajemy badanemu. Czytając to zadanie dokładnie z taką treścią, jaka jest w książce testowej, to odpowiedź w kluczu jest wtedy błędna. Proponuję tutaj przeczytać

zadanie dokładnie tak, jak jest podane w książeczce, natomiast zmienić odpowiedź na adekwatną do treści zadania i wtedy nie uznajemy odpowiedzi, którą podaje klucz. Kontrowersyjnym zadaniem jest też to, w którym mamy do czynienia z umiejscowieniem znaczka pocztowego. Ja osobiście co najmniej od 15 lat nie naklejałem znaczka pocztowego na liście. Trudno tutaj wymagać od dzieci, zwłaszcza młodszych, znajomości kompozycji na kopercie, gdy nie mają z tym w ogóle do czynienia w praktyce, a ich wiedza w tym zakresie może być zupełnie teoretyczna albo mogą jej w ogóle nie mieć. To trochę tak, jakby dorosłych zapytać, jakim piórem się lepiej pisze: gęsim, kaczym czy indyczym. Uważam, że bez względu na odpowiedź, to pytanie powinno zostać ocenione na 1 punkt. Na uwagę zasługują jeszcze użyte w tym narzędziu niebieskie, drewniane klocki. Trzeba koniecznie sprawdzić, czy są dopasowane do siebie, gdyż zdarzały się wersje testu, gdzie rozmiar trójkątów był mniejszy i po ich złożeniu nie odpowiadały wielkością jednoelementowemu kwadratowi, co myliło niektóre dzieci. Podsumowując, stosując to narzędzie musimy być czujni, a sam test jest też dosyć matematyczny, dlatego badani, którzy mają problem z obliczeniami czy szybkim liczeniem w pamięci, mogą osiągnąć w nim gorsze wyniki niż w teście Wechslera.

Kolejnym ocenianym przeze mnie testem jest niewerbalny test inteligencji Toni-4 (2021). Test ten jest zupełnie nieprzydatny do badań diagnostycznych. Jego wyniki potrafią być o 15 punktów ilorazowych różne od wyników badania u tego samego dziecka alternatywnymi metodami badawczymi, na przykład testem Bineta, Wechslera czy Ravena. Kolejnym mankamentem jest to, że również pomiędzy wersją A, a wersją B potrafi u tego samego dziecka być różnica do 10 punktów ilorazowych. Narzędzie to jest moim zdaniem kompletnie nietrafne i nie zalecam jego stosowania.

Następne dwa niewerbalne testy inteligencji to Cattell CFT 20-R (Cattell, Weiß, 2013) i Raven's 2 (Raven, 2024). Tutaj nie mam większych zastrzeżeń co do trafności i rzetelności tych narzędzi, poza tym, że Raven's 2 jest nieco łatwiejszym testem niż jego poprzednik i ogólnie dzieci wypadają w nim nieco lepiej niż w teście Cattella, Bineta czy Wechslera, ale odchylenia mieszczą w granicach plus pięciu punktów ilorazowych, co jest wynikiem zupełnie przyzwoitym i akceptowalnym, zwłaszcza w ocenie sprawności poznawczych u dzieci z niepełną znajomością mowy polskiej, gdzie nie możemy zastosować narzędzi mających część werbalną. I tu jeszcze drobna uwaga. Badanie dzieci ukraińskich czy dzieci polskich, które urodziły się lub pierwsze lata życia spędziły za granicą, bądź dzieci innych narodowości, które

w Polsce są poniżej dziesięciu lat, testami zawierającymi części werbalne, jest błędem w sztuce. Te dzieci powinny być badane tylko testami niewerbalnymi.

Przejdźmy teraz do bezpłatnie rozpowszechnianej platformy do badań procesów poznawczych i nie tylko – KAPP (2022). Ponieważ byłem normalizatorem tego narzędzia, mogę powiedzieć, że znam je trochę lepiej niż zwykły użytkownik. Platforma ta ma duży potencjał jednak od strony technicznej jest nieco niedopracowana. Otóż badany podczas testów komputerowych ma naciskać klawisze tak zwanych strzałek, nie jest jednak określone w instrukcji, czy używamy do tego palców jednej ręki czy obu rąk, chodzi tylko o to, aby była naciśnięta strzałka lewa lub prawa. Poza tym każdy laptop czy klawiatura może mieć inny rozkład i wielkość tych klawiszy. Co oznacza, że nie ma powtarzalności warunków badania i z tego względu rzetelność tego narzędzia stoi pod ogromnym znakiem zapytania. Dzieci często mylą się w naciskaniu tych klawiszy i próbują robić to albo jedną ręką, albo dwoma rękami. Jeżeli już ktoś bada przy użyciu tej platformy, to zalecam rozdzielić ręce, czyli palec wskazujący lewej ręki na lewej strzałce, prawej ręki na prawej strzałce. Ale są dzieci, które mówią że wygodniej im jest jedną ręką. Przydałby się tutaj dedykowany pad, albo jakaś mała klawiatura tylko z tymi klawiszami. Kolejną sprawą jest brak możliwości pominięcia instrukcji, którą trzeba zawsze odsłuchać do końca i to niekiedy wielokrotnie, co jest frustrujące i dla diagnosty, i dla dziecka, które już dobrze wie o co chodzi. Instrukcje są również niedopracowane i niektóre nie do końca dobrze wyjaśniają, co należy zrobić zadaniu, albo wręcz są mylące. I tu psycholog musi dopytać, czy wszystko jest zrozumiałe, a jeśli nie, to wytłumaczyć własnymi słowami, na czym polega dane zadanie.

I jeszcze jeden mankament tej baterii, jeśli spojrzymy do podręcznika technicznego, to okazuje się, że jeden z testów jest nietrafny, a dalej funkcjonuje w baterii i jego wyniki analizowane są podczas interpretacji. W związku z tym mamy tu dodatkowe problemy z trafnością, oprócz problemów z rzetelnością. Powyższe niedopracowania nie przekreślają wartości tej platformy, ale należy ją stosować z ostrożnością i patrzeć, co dziecko robi, czy dobrze zrozumiało instrukcję i jak wykonuje poszczególne zadania. Następną bezpłatnie udostępnioną baterią do badań jest OKC⁵. To narzędzie, którego wcześniej zdecydowanie brakowało na rynku. Diagnoza osobowości i temperamentu u dzieci i młodzieży jest cennym uzupełnieniem testów poznawczych, zwłaszcza gdy sprawności poznawcze nie w pełni albo wcale nie wyjaśniają

⁵ <https://ibe.edu.pl/pl/>

trudności w funkcjonowaniu dziecka. Dzięki wynikom uzyskanym w tej baterii możemy wprowadzić odpowiednie działania korekcyjne, terapeutyczne służące prawidłowemu kształtowaniu się młodej osobowości. To narzędzie jest dopracowane i godne polecenia do stosowania w przypadkach domniemanych trudności wynikających z cech temperamentalnych bądź zaburzeń osobowościowych.

Oczywiście poruszane tu przeze mnie zagadnienia nie wyczerpują całości problemów związanych z diagnozą testami, ale chciałem tu zwrócić uwagę na te aspekty techniczne, które mogą wpływać na wyniki i komfort pracy diagnosty oraz dziecka, a co za tym idzie, na uzyskanie rzetelnych wyników badań i wyciągnięcie z nich właściwych wniosków. Dlatego uważam, że każdy psycholog powinien nowe narzędzie albo to narzędzie, które stosuje, wypróbować na sobie, np. przez badanie koleżeńskie, czy na swojej rodzinie, i porównać z innymi podobnymi narzędziami, by wychwycić ewentualne niedoskonałości oraz od razu wprowadzić adekwatne korekty. A zwłaszcza nie unikajmy koleżeńskich konsultacji. Konsultacje to nie wstyd, ani niekompetencja, to często droga do innego spojrzenia i właściwej diagnozy. Nie bójmy się również wprowadzać korekt, jednak takich, które nie powinny w istotny sposób zmieniać treści zadania lub instrukcji. Pamiętajmy o tym, że każdy test jest normalizowany dla tych konkretnych treści i konkretnych instrukcji, jednak też nie powinniśmy powielać oczywistych błędów i w nie brnąć. Czujność psychologa i odpowiedzialność za dobro dziecka to dwa istotne czynniki warunkujące dobrą diagnozę.

Literatura:

Brown L., Sherbenou R.J., Johnsen S.K. (2021), *Niewerbalny Test Inteligencji TONI-4*, polska adaptacja: U. Sajewicz-Radtke, B.M. Radtke, Pracownia Testów Psychologicznych i Pedagogicznych, Gdańsk.

Cattell R.B., Weiß R.H. (2013), *CFT 20-R. Neutralny Kulturowo Test Inteligencji Cattella – wersja 2*, polska adaptacja J. Stańczak, Pracownia Testów Psychologicznych i Pedagogicznych, Gdańsk.

OKC Objawy-Kompetencje-Cele (2022), Instytut Badań Edukacyjnych i SWPS Uniwersytetu Humanistycznospołecznego,

https://psychologia.wfch.uksw.edu.pl/projekt_diagnoza_men_emocjonalno-spoeczny,

https://psychologia.wfch.uksw.edu.pl/projekt_diagnoza_men_osobowosc

KAPP Kompleksowa Analiza Procesów Poznawczych (2022), Instytut Badań Edukacyjnych i SWPS Uniwersytetu Humanistycznospołecznego, <https://ibe.edu.pl/pl/kapp-opis-projektu>

Raven C.J. (2024), *Raven 2. Test Matryc Progresywnych*, polska adaptacja A. Jaworowska, Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa.

Roid G.H. (2017), *Skala Inteligencji Stanford-Binet 5 (SB5)*, polska adaptacja: U. Sajewicz-Radtke, B.M. Radtke, M. Lipowska, Pracownia Testów Psychologicznych i Pedagogicznych, Gdańsk.

Wechsler D. (2020), *WISC®-V, Skala Inteligencji Wechslera dla Dzieci*, polska adaptacja J. Stańczak, A. Matczak, A. Jaworowska, I. Bac, Pearson, Warszawa.

Terapia miofunkcjonalna w praktyce logopedy szkolnego

W ramach terapii miofunkcjonalnej proponowane jest podejście do zaburzeń mowy poprzez korekcję funkcji prymarnych układu orofacjalnego. Badania pokazują, że 40-60% polskich dzieci w wieku przedszkolnym wykazuje wady wymowy, a ponad 40% polskich dzieci oddycha przez usta⁶ - problemy, które terapia miofunkcjonalna skutecznie adresuje. W przeciwieństwie do tradycyjnej terapii artykulacyjnej, która skupia się wyłącznie na korekcji dźwięków mowy, terapia miofunkcjonalna traktuje przyczyny źródłowe zaburzeń, koncentrując się na oddychaniu, połykaniu i pozycji spoczynkowej języka jako fundamentach prawidłowej artykulacji⁷.

Kluczowym przedstawicielem tego podejścia w Polsce jest prof. dr hab. Danuta Pluta-Wojciechowska, twórczyni Fizjologicznej Terapii Miofunkcjonalnej (FTM), która od blisko 30 lat rozwija polską szkołę terapii miofunkcjonalnej opartą na zasadzie priorytetowego traktowania czynności prymarnych przed wtórnymi. Rosnąca liczba szkoleń, konferencji i publikacji naukowych w ostatnich latach (2020-2025) wskazuje na coraz szersze uznanie tej metody w polskim systemie edukacji, choć jej implementacja napotyka istotne bariery systemowe, organizacyjne i finansowe.

Neurobiologiczne podstawy terapii miofunkcjonalnej

Terapia miofunkcjonalna bazuje na fundamentach neurofizjologicznych i wykorzystuje neuroplastyczność mózgu do przekształcania patologicznych wzorców ruchowych w prawidłowe. Układ orofacjalny, sterowany przez sieć nerwów czaszkowych (V, VII, IX, X, XII), funkcjonuje jako kompleksowy system biomechaniczny, w którym każdy element wpływa na pozostałe⁸. Receptory proprioceptywne w mięśniach, stawach i powięziach

⁶ M. Orzelska-Blomberg, *Występowanie wad zgryzu i wad wymowy u dzieci w wieku przedszkolnym*, Forum Ortodontyczne, 2015, t.11, pp. 8–15.

⁷ A. Zielska, A. Rosińska, G. Kulig-Goc, J. Jelonkiewicz-Szostak, M. Machoś, W. Sieniawska, *Terapia miofunkcjonalna*, Forum Logopedy, s. 6-7.

⁸ R. Wijey, *It's time to talk about Myofunctional Therapy*, Australasian Dental Practice, March/April 201, s. 70-72.

wysyłają ciągle sygnały zwrotne do ośrodkowego układu nerwowego i umożliwiają precyzyjną kontrolę ruchów oraz automatyzację prawidłowych wzorców. W polskiej szkole logopedii, reprezentowanej m.in. przez prof. Pluta-Wojciechowską, szczególnie podkreśla się, że czynności prymarne (oddychanie, połykanie, żucie, pozycja spoczynkowa) są fizjologiczne w swojej naturze i stanowią bazę dla funkcji wtórnych, takich jak artykulacja⁹.

Powtarzalne, strukturyzowane ćwiczenia tworzą trwałe zmiany w koordynacji mięśniowej i automatyzacji prawidłowych wzorców. Międzynarodowe badania systematyczne potwierdzają skuteczność tego podejścia - metaanaliza z 2015 roku (Camacho i wsp.) wykazała 50% redukcję wskaźnika bezdechów u dorosłych i 62% u dzieci z zaburzeniami oddychania podczas snu¹⁰. Badanie z 2024 roku, obejmujące 15 randomizowanych badań kontrolowanych (473 dorosłych, 139 dzieci), wykazało istotną poprawę jakości snu (-2.24 punktu w skali PSQI, $p=0.0003$) oraz redukcję senności dziennej (-3.54 punktu w skali ESS, $p=0.004$)¹¹. W kontekście ortodontycznym, połączenie terapii miofunkcjonalnej z leczeniem ortodontycznym przynosi 25% poprawę wskaźnika PAR oraz zwiększa satysfakcję pacjentów z 60% do 85%¹².

Rozwojowe aspekty neurologiczne są kluczowe dla zrozumienia okien krytycznych w terapii. Twarz rozwija się najintensywniej w pierwszych dwóch latach życia, osiągając 60% rozmiaru dorosłego do szóstego roku. Polska badaczka Teresa Kaczan udowodniła bezpośredni związek między rozwojem języka a rozwojem mięśni zaangażowanych w przyjmowanie pokarmów. Prawidłowy rozwój motoryczny w polskiej populacji przebiega etapami: do trzeciego roku życia większość samogłosek i spółgłosek (a, ą, b, ć, d), do czwartego roku szereg syczący (c, dz, s, z), do piątego roku szereg szumiący (sz, ż, cz, dż). Odchylenia od tych norm wskazują na potrzebę interwencji. Wczesna interwencja jest krytyczna dla zapobiegania trwałym zmianom strukturalnym i funkcjonalnym¹³.

⁹ D. Pluta-Wojciechowska, *Zaburzenia czynności prymarnych i artykulacji. Podstawy postępowania logopedycznego*, wyd. IV, ErgoSum, Bytom 2022, s. 357-358.

¹⁰ A. Łobacz, *Terapia miofunkcjonalna*, dostęp online: <https://millemedica.pl/leczenie-zachowawcze/terapia-miofunkcjonalna/> [16.10.2025].

¹¹ X. Ying, Y. Ruicong, G. Andxumemei, *Effiacy of Myofunctional Therapy for Obstructive Sllep Apnea: A Systematic Review and Network Meta-Analysis*, dostęp online: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1532338225000521?via%3Dihub> [16.10.2025].

¹² Faisal Ali bin Abbooud AlQhtani, *Evaluating the Impact of Myofunctional Therapy on Orthodontic Treatment Outcomes*, dostęp online: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11426762/>, [16.10.2025].

¹³ *Wady wymowy u dzieci – przyczyny, leczenie*, dostęp online: <https://milmedica.pl/wady-wymowy-u-dzieci/>, [16.10.2025].

Polska terminologia i conceptualizacja terapii miofunkcjonalnej

Polska logopedia rozwinęła bogatą i precyzyjną terminologię dotyczącą terapii miofunkcjonalnej, która odzwierciedla zarówno wpływy międzynarodowe, jak i rodzime koncepcje teoretyczne. Centralnym terminem jest „terapia miofunkcjonalna” (z greckiego „myo” - mięsień i łacińskiego „functio” - funkcja), definiowana jako interwencje terapeutyczne mające na celu normalizację biologicznych funkcji w obrębie narządu żucia¹⁴. Prof. Pluta-Wojciechowska opracowała Fizjologiczną Terapię Miofunkcjonalną (FTM), koncentrującą się na zaburzeniach połykania i oddychania w dyslalii obwodowej¹⁵. Równolegle funkcjonują terminy „terapia orofacjalna” lub „terapia ustno-twarzowa”, obejmujące szerszy zakres interwencji dotyczących kompleksu ustno-twarzowego, oraz potoczne określenie „miotterapia”, odnoszące się specyficznie do aspektu mięśniowego terapii.

Kluczową innowacją polskiej szkoły logopedii jest rozróżnienie między czynnościami prymarnymi a wtórnymi. Według Pluta-Wojciechowskiej, czynności prymarne obejmują: oddychanie, przyjmowanie pokarmów i picie, połykanie, pozycję spoczynkową języka, pozycję spoczynkową żuchwy, pozycję spoczynkową warg, gryzienie, żucie, sensorykę orofacjalną oraz inne niewerbalne czynności orofacjalne. Natomiast czynności wtórne - artykulacja i mówienie - są zależne od prawidłowego rozwoju funkcji prymarnych¹⁶. To rozróżnienie fundamentalnie zmienia podejście terapeutyczne: zamiast rozpoczynać od korekcji konkretnych głosek, terapeuta najpierw ocenia i koryguje funkcje podstawowe.

Inne istotne terminy w polskiej nomenklaturze to „biomechaniczna baza artykulacji” (koncepcja łącząca funkcję mięśni z produkcją mowy), „pozycja Inter-Speech” (pozycja spoczynkowa między wypowiedziami), „pionizacja języka” (kluczowy cel terapeutyczny - osiągnięcie prawidłowego kontaktu języka z podniebieniem), „prawidłowa pozycja spoczynkowa” (wargi zwarte, język na podniebieniu, oddychanie nosem), oraz „równowaga mięśniowa” (balans napięcia między grupami mięśni). Polska terminologia rozróżnia również „dysfunkcje” (upośledzone funkcje normalne) od „parafunkcji” (nieprawidłowe nawykowe czynności, takie jak bruksizm czy odpychanie języka).

¹⁴ A. Rosińska, *Terapia miofunkcjonalna – cele i rola w codziennej praktyce*, dostęp online: <https://forumlogopedy.pl/artykul/terapia-miofunkcjonalna-cele-i-rola-w-codziennej-praktyce>, [16.10.2025].

¹⁵ K. Miszczak, *Czym jest terapia miofunkcjonalna i dlaczego mylona jest z terapią logopedyczną*, dostęp online: <https://mamaortodonta.pl/czym-jest-terapia-miofunkcjonalna-i-dlaczego-mylona-jest-z-terapia-logopedyczna/>, [16.10.2025].

¹⁶ Ibidem.

Instytucjonalne i organizacyjne fundamenty polskiej logopedii szkolnej

Polski system logopedii szkolnej opiera się na solidnych fundamentach instytucjonalnych, z Polskim Towarzystwem Logopedycznym (PTL) jako centralną organizacją akademicką i zawodową. Założone 14 stycznia 1963 roku (poprzedzone przez Komisję Logopedyczną z 1959 roku) przez prof. Leona Kaczmarka, PTL zrzesza ponad 3100 członków i stanowi główny ośrodek rozwoju polskiej logopedii. Siedziba w Lublinie, przy Katedrze Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego UMCS, symbolizuje akademickie zakorzenienie organizacji. PTL wydaje prestiżowe czasopismo „Logopedia” (ISSN 0459-6935), publikowane nieprzerwanie od 1960 roku, które w parametryzacji 2023 otrzymało 70 punktów, a w 2024 - 40 punktów, będąc indeksowane w CEJSH, ERIH PLUS, Index Copernicus, DOAJ i innych bazach międzynarodowych.

Obok PTL działa Polski Związek Logopedów (PZL), organizacja zawodowa opiekująca się praktykami i pracująca nad projektem ustawy o zawodzie logopedy. PZL nadzoruje czasopismo praktyczne „Forum Logopedy” (dwumiesięcznik), które dostarcza gotowych rozwiązań dla codziennej praktyki logopedycznej, w tym liczne artykuły o terapii miofunkcjonalnej. Organizacje te współpracują w organizacji konferencji krajowych, takich jak I Ogólnopolska Logopedyczna Konferencja Naukowa „Profilaktyka logopedyczna w teorii i praktyce” (Kraków, październik 2025) czy IV Ogólnopolska Konferencja Naukowa „Neurologopedyczne aspekty diagnozy i terapii dzieci, młodzieży, dorosłych” (UJ Kraków)¹⁷.

Środowisko akademickie polskiej logopedii koncentruje się wokół kilku wiodących ośrodków. Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie (UMCS) stanowi czołowy ośrodek badań logopedycznych w Polsce, z Katedrą Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego oferującą programy licencjackie i magisterskie w zakresie Logopedii z Audiologią. UMCS dysponuje Artykulografem AG 500 - jednym z nielicznych w Polsce urządzeń do badań fonetyki artykulacyjnej metodą EMA. Uniwersytet Śląski w Katowicach, macierzysta uczelnia prof. Danuty Pluta-Wojciechowskiej, wydaje czasopismo „Logopedia Silesiana” (40 punktów MNiSW 2024) i prowadzi intensywne badania nad socjolingwistycznymi i klinicznymi aspektami zaburzeń mowy. Uniwersytet Łódzki publikuje „Logopaedica Lodziensia” (open

¹⁷ *Information About the Journal*, dostęp online:
<https://www.polskietowarzystwologopedyczne.pl/en/information-about-the-journal/>, [16.10.2025].

access, CC BY-NC-ND), czasopismo skupiające się na profilaktyce, diagnozie i terapii zaburzeń komunikacji.

Inne kluczowe ośrodki to Uniwersytet Warszawski, prowadzący od 2011 roku interdyscyplinarny program Logopedia Ogólna i Kliniczna we współpracy z Warszawskim Uniwersytetem Medycznym, oraz Uniwersytet Jagielloński w Krakowie, gdzie dr Rafał Młyński kieruje Zakładem Logopedii w Instytucie Glottodydaktyki Polonistycznej, stosując nowatorską metodę Problem-based Learning (PBL). Akademia Pedagogiki Specjalnej w Warszawie jest kuźnią wielu współczesnych terapeutów, w tym Aleksandry Rosińskiej, czołowej ekspertki w terapii miofunkcjonalnej.

Metodologia praktyczna: polski model terapii miofunkcjonalnej w szkole

Polski model terapii miofunkcjonalnej w szkołach bazuje głównie na metodzie niemieckiej pedagog Anity Kittel, zaadaptowanej do warunków polskich przez Barbarę Paradowską, jedyną licencjonowaną nauczycielkę metod A. Kittel i N. Oster w Polsce. Metodologia opiera się na strukturze piramidy, składającej się z sześciu bloków ćwiczeń: ZAP (zestaw ćwiczeń dla warg), LAP (ćwiczenia języka), ćwiczenia ciała, zaawansowane ćwiczenia języka, ćwiczenia zasysania oraz ćwiczenia połykania¹⁸. Fundamentalną zasadą jest progresja hierarchiczna - dziecko może przejść do kolejnego bloku ćwiczeń dopiero po opanowaniu poprzedniego. To zapewnia systematyczny rozwój umiejętności i unika budowania nowych wzorców na wadliwych podstawach.

Konkretne ćwiczenia dla dzieci szkolnych obejmują podstawowe ćwiczenia języka (wypychanie języka do góry, język do nosa, język do brody, wypychanie w prawo/lewo, rolowanie, młasknięcie, pchanie języka w łyżeczkę, trzymanie łyżeczki, trzymanie guzika), ćwiczenia oddechowe (nauka oddychania przeponowo-brzusznego, wydłużanie fazy wydechowej, naprzemienne wdychanie nosem/ustami, dmuchanie z różnymi przedmiotami) oraz ćwiczenia narządów artykulacyjnych (wargi, język, podniebienie miękkie, żuchwa)¹⁹. W kontekście szkolnym kluczowe jest przekształcenie tych klinicznych ćwiczeń w zabawy - używanie luster do feedback wizualnego, systemów motywacyjnych (pieczątki, naklejki),

¹⁸ A. Rosińska, *Terapia miofunkcjonalna...*, op. cit.

¹⁹ K. Jaśkiewicz, *Terapia miofunkcjonalna MFT – na czym polega?*, dostęp online: <https://gemini.pl/poradnik/dziecko/terapia-miofunkcjonalna-mft-na-czym-polega/>, [16.10.2025]

integracja z muzyką, ruchem i zabawą. Sesje dla młodszych dzieci (5-7 lat) trwają 10-15 minut, dla starszych (7+) 20-30 minut, z naciskiem na krótkie ale regularne praktykowanie.

Model współpracy w polskich szkołach opiera się na rozszerzonej strukturze: logopeda szkolny - dziecko - rodzic - nauczyciel. Ta współpraca ma kluczowe znaczenie dla skuteczności terapii. Nauczyciele dostarczają logopedzie obserwacji dotyczących zachowania dziecka w grupie, wzorców komunikacji z rówieśnikami, trudności z jedzeniem/żuciem podczas posiłków, wzorców oddychania podczas odpoczynku oraz mocnych i słabych stron akademickich. W zamian logopeda przekazuje nauczycielom wyniki diagnozy, cele i metody terapii, konkretne ćwiczenia do wzmacniania oraz wskazówki dotyczące dyskretnej korekty²⁰. Praktyczne strategie współpracy obejmują: nauczyciele prowadzą codzienną „gimnastykę buzi i języka” z całą klasą (5 minut), regularnie wzmacniają prawidłową artykulację podczas lekcji, dyskretnie przypominają o prawidłowym oddychaniu i pozycji języka, integrują ćwiczenia logopedyczne do muzyki, wychowania fizycznego i lekcji języka polskiego²¹.

Współpraca z rodzicami jest jeszcze bardziej krytyczna. Kluczowe wymaganie to codzienna praktyka domowa: minimum 15 minut, 2-3 razy dziennie. Logopedzi angażują rodziców przez udział w zebraniach, indywidualne konsultacje, warsztaty dotyczące ćwiczeń domowych, pisemne materiały instruktażowe („Kącik dla rodzica”), biuletyny i infografiki oraz „logopedyczne kąciki” z zasobami. Wiele poradni stosuje pisemne „Kontrakty logopedy z rodzicami”, które określają zgody na terapię, zobowiązanie do praktyki domowej, oczekiwania dotyczące regularnej komunikacji, zrozumienie celów terapii oraz zgodę na współpracę. Komunikacja odbywa się przez indywidualne spotkania, pisemne raporty w zeszytach ćwiczeń, konsultacje telefoniczne, e-maile oraz udział w dyskusjach diagnostycznych²².

²⁰ M. Wilczyńska, *Współpraca logopedy z wychowawcą i nauczycielem ucznia*, dostęp online: <https://strefalogopedy.pl/artykuly/wspolpraca-logopedy-z-wychowawca-i-nauczycielem-ucznia-2658.html>, [16.10.2025]

²¹ Ibidem.

²² J. Rotyńska, *Jak pracuje logopeda w przedszkolu?*, dostęp online: <https://www.logopestka.pl/jak-pracuje-logopeda-w-przedszkolu/>, [16.10.2025]

Organizacja zajęć i wyzwania implementacyjne

Organizacja terapii miodfunkcjonalnej w polskich szkołach podlega Rozporządzeniu MEN z 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej. Zajęcia logopedyczne organizowane są dla uczniów z deficytami kompetencji i zaburzeniami sprawności językowych, wymagają zgody rodziców i są integracją z systemem pomocy psychologiczno-pedagogicznej²³. Standard to terapia grupowa dla 2-4 uczniów, chociaż cięższe przypadki wymagają sesji indywidualnych. Typowy protokół terapii w szkole obejmuje: jedno spotkanie tygodniowo z logopedą (standard szkolny), minimum 30 tygodni (około pełnego roku szkolnego), po 30 tygodniach ocenę wzorca połykania, a jeśli skuteczna - 4 dodatkowe sesje w odstępach trzymiesięcznych, co daje łączny czas trwania programu około jednego roku²⁴.

Harmonogramowanie zajęć w szkole wymaga starannej koordynacji - najlepiej jest rotować zajęcia, aby uczniowie nie opuszczali zawsze tych samych przedmiotów, komunikować się z nauczycielami o opuszczonych treściach, prowadzić krótkie sesje aby zminimalizować nieobecność, strategicznie planować czas wokół przejść oraz koordynować z zajęciami świetlicowymi. Wspierające działania obejmują: zajęcia motoryki oralnej dla całej klasy prowadzone przez nauczycieli, logorytmika (aktywności mowa-rytm) dla wszystkich, integracja z wychowaniem fizycznym oraz codzienne rutyny „gimnastyki buzi”.

Implementacja napotyka jednak istotne bariery systemowe, organizacyjne i kliniczne. Wyzwania systemowe to: niewystarczające godziny/etaty logopedów, wysokie wskaźniki uczeń-terapeuta, ograniczone specjalistyczne szkolenie w terapii miodfunkcjonalnej oraz nowe przepisy od września 2024 ograniczające zatrudnianie specjalistów. Bariery diagnostyczne obejmują późną diagnozę (często dopiero przy wejściu do szkoły), wiele dzieci bez doświadczenia przedszkolnego nie ma wczesnej interwencji, ograniczony dostęp do specjalistów interdyscyplinarnych (ortodontów, laryngologów) oraz opóźnienia w otrzymywaniu opinii z poradni psychologiczno-pedagogicznych²⁵.

²³ B. Kalicińska, *Logopeda w przedszkolu - regulacje prawne i organizacja pracy*, dostęp online: <https://livekid.com/pl/blog/logopeda-w-przedszkolu-regulacje-prawne-i-organizacja-pracy/>, [16.10.2025]

²⁴ A. Czarzasta, *Terapia miodfunkcjonalna*, dostęp online: <https://klinikakusmierczyk.pl/terapia-miodfunkcjonalna/>, [16.10.2025]

²⁵ I. Pietraczyk, *Współpraca nauczyciela z logopedą*, dostęp online: <https://www.edukacja.edux.pl/p-8737-wspolpraca-nauczyciela-z-logopeda.php>, [16.10.2025]

Wyzwania organizacyjne dotyczą przestrzeni i zasobów: ograniczona dostępność gabinetu logopedycznego, niewystarczające materiały terapeutyczne i sprzęt, potrzeba specjalistycznych narzędzi (lusterka, szpatułki, łyżeczki, rurki), ograniczenia budżetowe na zakup materiałów. Bariery czasowe są znaczące: logopeda pracuje głównie z klasami 0-3, ograniczony czas na ucznia, konkurencyjne wymagania (diagnostyka, terapia, konsultacje, dokumentacja), w niektórych przypadkach konieczność pracy w wielu szkołach²⁶.

Wyzwania związane z uczniami obejmują wysoką częstość występowania problemów - powszechne problemy to seplenienie (międzyzębowe, boczne, przyzębowe), rotacyzm (trudności z dźwiękiem „r”), parasygmatyzm (substytuty sz, ż, cz, dż) oraz wielokrotne błędy dźwiękowe u tego samego dziecka. Dodatkowe problemy to ubogie słownictwo i trudności z uwagą. Terapia grupowa stwarza wyzwania: różne zaburzenia mowy w jednej grupie, różne poziomy rozwojowe, trudności z uwagą i zachowaniem, różnice wiekowe oraz trudność w utrzymaniu koncentracji w grupach.

Specyficzne bariery kliniczne dla pracy miofunkcjonalnej obejmują skrócone wędzidełko wymagające korekty, potrzebę równoczesnego leczenia ortodontycznego, trudne do przełamania nawyki oddychania ustnego, słaby tonus mięśni oralnych, utrzymywanie się infantylnych wzorców połykania oraz wady zgryzu wymagające interwencji specjalisty. Długość terapii (minimum 30 tygodni), potrzeba codziennej praktyki domowej, trudność w automatyzacji nowych wzorców, opór wobec ćwiczeń postrzeganych jako „nudne”, transfer z mowy kontrolowanej do spontanicznej oraz utrzymanie postępów w czasie stanowią dodatkowe wyzwania terapeutyczne²⁷.

Skuteczność terapii miofunkcjonalnej: dane polskie i międzynarodowe

Skuteczność terapii miofunkcjonalnej jest dobrze udokumentowana zarówno w badaniach międzynarodowych, jak i polskich obserwacjach klinicznych. Najsilniejsze dowody (poziom 1a) dotyczą zaburzeń oddychania związanych ze snem. Systematyczny przegląd i metaanaliza z 2015 roku (Camacho i wsp.) wykazała redukcję wskaźnika bezdechów-hipopnei (AHI)

²⁶ M. Meszczyńska, M. Ignaciuk, *Logopeda w szkole. Jak wygląda jego praca? Pomoc dla dzieci z wadami wymowy. Kto może skorzystać z bezpłatnych zajęć z logopedą w szkole?*, dostęp online: <https://strefaedukacji.pl/logopeda-w-szkole-jak-wyglada-jego-praca-pomoc-dla-dzieci-z-wadami-wymowy-kto-moze-skorzystac-z-bezplatnych-zajec-z-logopeda-w/ar/c5-16939871>, [16.10.2025]

²⁷ K. Jaśkiewicz, *Terapia miofunkcjonalna...*, op. cit.

o około 50% u dorosłych i 62% u dzieci z OSA. Sieciowa metaanaliza z 2024 roku, obejmująca 15 randomizowanych badań kontrolowanych, potwierdziła istotną poprawę w skali senności ESS (-3.54, 95% CI -5.96 do -1.13, $p=0.004$) oraz w Pittsburskim Indeksie Jakości Snu (-2.24, 95% CI -3.46 do -1.01, $p=0.0003$). Badanie z 2021 roku w *International Journal of Environmental Research and Public Health* potwierdziło pozytywny wpływ na pomiary polisomnograficzne, kliniczną poprawę chrapania, bezpieczeństwo leczenia z łagodnymi skutkami ubocznymi oraz rekomendację jako początkową nieinwazyjną terapię dla zaburzeń oddychania podczas snu.

W zastosowaniach ortodontycznych, badanie z 2024 roku wykazało 25% poprawę w wynikach indeksu PAR przy połączonej terapii, poprawę estetyki twarzy oraz zwiększenie satysfakcji pacjentów (85% vs 60%)²⁸. Przegląd systematyczny z 2014 roku (Homem i wsp., *Dental Press Journal of Orthodontics*) wykazał obiecujące wyniki dla połączonej terapii OMT z leczeniem ortodontycznym, choć podkreślił potrzebę badań wyższej jakości. Scoping review z 2025 roku (*European Journal of Orthodontics*) dostarczył dowody poziomu 2 wspierające OMT dla zarządzania OMD po chirurgii ortognatycznej oraz dowody poziomu 3 (wiarygodna skuteczność) dla OMD związanych z wadami zgryzu. Wskaźniki skuteczności obejmują poprawę zgryzu, zmniejszenie zgryzu otwartego, zmniejszenie nagryzienia, poprawę produkcji dźwięków mowy, zwiększoną mobilność języka oraz lepsze wzorce oddychania²⁹.

Polskie statystyki epidemiologiczne podkreślają skalę problemu i potrzebę skutecznych interwencji. 40-60% dzieci w wieku przedszkolnym ma wady wymowy, 10-15% dzieci przedszkolnych doświadcza trudności artykulacyjnych, około 5% dzieci szkolnych utrzymuje zaburzenia mowy, a 50% dzieci zdiagnozowanych z zaburzeniami miofunkcjonalnymi prezentuje również zaburzenia artykulacyjne (przede wszystkim seplenienie międzyzębowe). Najczęstsze zaburzenia to sigmatyzm (seplenienie) - najbardziej rozpowszechnione zaburzenie wpływające na dźwięki dentalizowane (s, z, c, dz, sz, ż, cz, dż, ś, ź, ć, dź), rotacyzm (trudności z dźwiękiem „r”), lambdacyzm (nieprawidłowa artykulacja „l”) oraz kappacyzm/gammacyzm (problemy z dźwiękami k/g)³⁰.

²⁸ Faisal Ali bin Abbooud AlQhtani, *Evaluating the Impact...*, op. cit.

²⁹ Ibidem

³⁰ Wady wymowy – przyczyny, rodzaje, skutki i metody leczenia, dostęp online: <https://www.marmed.pl/blog/wady-wymowy-przyczyny-rodzaje-skutki-i-metody-leczenia/>, [16.10.2025]

Szczególnie niepokojący jest wskaźnik oddychania ustnego - ponad 40% polskich dzieci oddycha przez usta, jak cytują liczne polskie źródła medyczne, w tym dr Elżbieta Dudzińska. Międzynarodowy zakres wynosi od 3,4% do 56,8% w zależności od badanej populacji. 70% dzieci z niedrożnością nosa cierpi na dysfonię związaną z jamą ustną lub dysfunkcją strun głosowych. Problemy powiązane obejmują powiększone adenoidy (trzeci migdałek), nawracające infekcje, rozwój wad zgryzu, zmiany struktury twarzy oraz zaburzenia snu³¹.

Polskie obserwacje kliniczne potwierdzają skuteczność wczesnej interwencji - większość niemowląt w polskich badaniach osiągnęła widoczne poprawy w ciągu tygodni, a terapia po frenuloplastyce połączona z pracą miofunkcjonalną pokazuje zwiększone wyniki. Jednak polscy praktycy podkreślają, że bez kontynuacji terapii miofunkcjonalnej, pacjenci po zabiegach chirurgicznych wykazują nawroty zaburzeń oddychania. Podejście łączone chirurgiczne + OMT zapewnia skuteczność i trwałość³². Konsekwencje nieleczenia obejmują postępujące pogorszenie, zmiany strukturalne stające się nieodwracalne, trudności akademickie (słaba koncentracja, problemy z nauką), wpływy społeczne/psychologiczne oraz zwiększone koszty opieki zdrowotnej.

Studia przypadków i doświadczenia praktyków

Polskie studia przypadków dostarczają cennych informacji w praktyczne zastosowanie terapii miofunkcjonalnej. Reprezentatywne jest studium przypadku 7-letniego chłopca z dyslalią, opublikowane w Forum Logopedy. Chłopiec był skierowany przez matkę na diagnozę miofunkcjonalną z powodu braku postępów w tradycyjnej terapii logopedycznej prowadzonej przez trzy poprzednie lata - uczestniczył w sesjach terapii w przedszkolu i prywatnych sesjach bez oczekiwanych rezultatów. Kompleksowa diagnoza miofunkcjonalna obejmująca szczegółowy wywiad i badanie fizykalne ujawniła nieprawidłową pozycję spoczynkową warg wynikającą z zaburzonej dystrybucji napięcia mięśniowego w obszarze orofacjalnym, skrócone wędzidełko wargowe górne, dysfunkcyjne oddychanie, połykanie i żucie oraz ograniczoną kompetencję warg podczas zamykania, brak szczelności warg³³. Kluczową lekcją z tego przypadku jest znaczenie holistycznego podejścia miofunkcjonalnego, gdy tradycyjna terapia artykulacyjna zawodzi - adresuje przyczyny źródłowe zamiast objawów.

³¹ Ibidem.

³² K. Jaśkiewicz, *Terapia miofunkcjonalna...*, op. cit.

³³ A. Rosińska, *Terapia miofunkcjonalna – studium przypadku chłopca w wieku 7 lat*, dostęp online: <https://forumlogopedy.pl/artukul/terapia-miofunkcjonalna-studium-przypadku-chlopca-w-wieku-7-lat>, [16.10.2025]

Inny przekonujący przykład to przypadek 10-letniego Dawida. Matka Dawida opisuje lata frustracji: „Urodzony na czas, naturalnie bez komplikacji, od najmłodszego wieku zmagał się z >dziwnym katarem< diagnozowanym jako alergiczny nieżyt nosa. Wielu laryngologów konsultowało, wiele testów alergicznych, wyjazdy do sanatorium - bez rezultatów. W wieku 3 lat laryngolog zasugerował usunięcie adenoidów. Pomimo bardzo rozwiniętego słownictwa, Dawid mówił niezrozumiałe słowa.” W wieku 7 lat, rodzinna dentystka zauważyła natychmiast: Dawid nie mógł oddychać przez nos. Lata kataru nauczyły go nieprawidłowego oddychania przez usta. Matka dowiedziała się o programie w Centrum Terapii Miofunkcjonalnej. Jej przesłanie: „List ten kieruję do rodziców wąpiących” - podkreślenie znajdowania profesjonalistów, którzy zauważają to, co inni przeoczyli, znaczenie podejścia interdyscyplinarnego oraz nadzieję i zachętę dla innych wąpiących rodziców.

Środowisko szkoleń i rozwoju zawodowego w Polsce jest bogate i dobrze rozwinięte. Wiodący program to kurs „Diagnoza i terapia miofunkcjonalna” Aleksandry Rosińskiej dla Akademii Logopedy, obejmujący ponad 56 godzin dydaktycznych w 14 modułach, z dożywotnim dostępem do platformy. Moduł XIV poświęcony jest studiom przypadków: ankyloglosja ze skróconym wędzidełkiem wargowym górnym, progresja terapii w przypadku ankyloglosji bez korekcy wędzidełka, plan terapii dla pacjenta ze znaczną defensywnością dotykową, plan dla przypadku wymagającego powtórnej korekty wędzidełka oraz terapia dla pacjenta z zaburzeniami miofunkcjonalnymi i problemami z wieloma wędzidełkami ustnej.

Konferencje stanowią kluczowe forum wymiany wiedzy. Konferencja krakowska 2023 „Diagnoza i terapia miofunkcjonalna – ujęcie interdyscyplinarne”, zorganizowana przez Katedrę Logopedii i Zaburzeń Rozwoju Uniwersytetu Pedagogicznego, skupiła się na współpracy między ortodontami, laryngologami, chirurgami szczękowo-twarzowymi, osteopatami, fizjoterapeutami i logopedami³⁴. V Ogólnopolska Konferencja Logopedyczna w czerwcu 2024, zatytułowana „Innowacyjne i praktyczne metody wsparcia osób z zaburzeniami miofunkcjonalnymi. Wyzwania współczesnego logopedy”, zawierała prezentacje takie jak „Logopedia Ortognatyczna jako metoda wspierająca proces przygotowania do frenuloplastyki/frenotomii” (dr n. o zdr. Anna Lichnowska) oraz „Znaczenie relacji i zabawy w aspekcie terapii miofunkcjonalnej dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym”.

³⁴ Konferencja Diagnoza i Terapia Miofunkcjonalna - Ujęcie Interdyscyplinarne, dostęp online: <https://konferencja-mio.uken.krakow.pl/>, [16.10.2025]

Współpraca interdyscyplinarna i perspektywy praktyków

Skuteczna implementacja terapii miofunkcjonalnej w szkołach wymaga silnej współpracy interdyscyplinarnej. Kluczowe punkty tej współpracy to wspólne dążenie nie tylko do prawidłowej wymowy i zgryzu, ale prawidłowych funkcji jamy ustnej, w tym oddychania; płynna korelacja między specjalistami jest kluczowa; terapia logopedyczna nie ustabilizuje się bez prawidłowego zgryzu, terapia ortodontyczna nie może osiągnąć pożądaných efektów bez pracy mięśniowej; wspólna terapia powinna rozpocząć się od diagnozy po obu stronach i dobrego wspólnego holistycznego planu leczenia; idealna sytuacja to współpraca zespołowa na miejscu, zdolność do wspólnej oceny pacjenta, wymiany obserwacji, płynnego konsultowania podczas terapii.

Praktycy podkreślają również kluczowe błędy do uniknięcia: oczekiwanie, że dziecko „wyrośnie” z problemów. Tradycyjna terapia artykulacyjna może zawieść, jeśli problemy miofunkcjonalne nie są adresowane. Inny aspekt to niewystarczająca praktyka domowa - postęp terapii zależny od regularnych codziennych ćwiczeń, a także izolowane podejście - potrzeba współpracy interdyscyplinarnej (ortodonta, laryngolog, fizjoterapeuta).

Materiały edukacyjne dla rodziców i nauczycieli

Edukacja rodziców stanowi kluczowy element skutecznej terapii miofunkcjonalnej. Poza terapią w gabinecie dziecko musi regularnie powtarzać nowo wypracowane ćwiczenia w domu. Na podstawie doświadczenia: ćwiczenie 3x dziennie konieczne dla korzystnego rytmu terapii. Podstawowa zasada: „lepiej wykonać mniej ćwiczeń, ale całkowicie i dokładnie... niż robić wszystkie ćwiczenia – krótko, pobieżnie”. 5 minut 3x dziennie przyniesie rezultaty. Cele terapii to umożliwienie dziecku ustalenia prawidłowej pozycji spoczynkowej (może zapobiec nieprawidłowemu ustawieniu zębów), prawidłowe połykanie i mówienie, a postęp zależy od konsystencji ćwiczeń domowych.

Materiały edukacyjne często zawierają konkretne wskazówki, jak włączyć ćwiczenia w codzienną rutynę. Ustalenie stałej pory (rano po myciu zębów, po obiedzie, przed snem) jako codziennego rytuału pomaga w budowaniu nawyku. Gamifikacja ćwiczeń domowych - używanie systemów nagród, kart postępów, zabawnych tematów - zwiększa motywację dziecka. Tworzenie angażujących materiałów (gry, karty, aktywności) przez logopedów ułatwia

praktykę domową. Elastyczne planowanie spotkań z rodzicami, jasna dokumentacja i systemy śledzenia oraz systemy motywacyjne dla dzieci i rodziców są częścią rozwiązań implementowanych przez polskich praktyków.

Perspektywy rozwojowe i rekomendacje

Polski system terapii miodfunkcjonalnej w szkołach znajduje się w fazie dynamicznego rozwoju, choć wymaga dalszych usprawnień systemowych. Rekomendacje na poziomie systemowym obejmują zwiększenie godzin logopedy w szkołach, zapewnienie odpowiednich etatów, wspieranie kształcenia ustawicznego, ułatwianie zespołów interdyscyplinarnych, wzmocnienie screeningu w przedszkolach, programy edukacyjne dla rodziców, wczesne ścieżki kierowania oraz skupienie się na profilaktyce.

Na poziomie praktycznym, dla logopedów rekomenduje się rozwijanie silnej współpracy z nauczycielami, tworzenie angażujących materiałów grupowych, budowanie programów partnerstwa z rodzicami, systematyczne dokumentowanie oraz tworzenie sieci ze specjalistami. Dla nauczycieli ważne jest nauczenie się podstawowych ćwiczeń motoryki oralnej, wspieranie codziennej praktyki, dyskretne wzmacnianie oraz pozytywna komunikacja o terapii. Dla rodziców kluczowe jest zobowiązanie się do codziennej praktyki, tworzenie rutyny i rytuału, sprawianie, że ćwiczenia są zabawne, monitorowanie postępów oraz regularna komunikacja. Obszary wymagające dalszego rozwoju to standaryzacja implementacji szkolnej - podczas gdy rozporządzenia MEN ustanawiają minimalne wymagania dotyczące personelu specjalistycznego, rzeczywista implementacja podejść miodfunkcjonalnych znacznie się różni w zależności od szkoły. Potrzebne są publikacje badawcze - więcej opublikowanych polskich studiów przypadków (obecnie wiele materiałów szkoleniowych nie jest w literaturze recenzowanej przez rówieśników). Studia długoterminowe - ograniczone opublikowane dane dotyczące długoterminowych wyników szkolnych interwencji miodfunkcjonalnych w Polsce. Różnice regionalne - dostęp do wyszkolonych praktyków różni się w zależności od regionu, z większą koncentracją miejską.

Trendy obecne wskazują na rosnące uznanie, że terapia artykulacyjna musi najpierw adresować funkcje prymarne, przejście od leczenia objawów do adresowania przyczyn źródłowych zaburzeń mowy, uznanie ankyloglosji (wędzidełka języka) jako istotnego czynnika. Integracja interdyscyplinarna staje się silniejsza - współpraca między logopedią a ortodoncją, integracja

z fizjoterapią i terapią zajęciową oraz rosnąca rola specjalistów terapii karmienia. Wpływy międzynarodowe są widoczne - polscy terapeuci coraz częściej szkoleni w międzynarodowych metodach (TalkTools, Orofacial Myology, Castillo Morales), adaptacja podejść międzynarodowych do polskiego kontekstu oraz rosnąca dwujęzyczna literatura.

Integracja technologii obejmuje wykorzystanie telezdrowia do konsultacji terapii miofunkcjonalnej, cyfrowe materiały terapeutyczne i aplikacje oraz platformy rozwoju zawodowego online. Obszary badawcze obejmują studia skuteczności interwencji miofunkcjonalnych, długoterminowe wyniki wczesnej interwencji, integrację z edukacją specjalną oraz aspekty miofunkcjonalne zaburzeń neurologicznych.

Wnioski: ku kompleksowej wizji logopedii szkolnej

Terapia miofunkcjonalna w polskiej logopedii szkolnej przeszła drogę od marginalnego podejścia do uznanej, naukowo ugruntowanej metody stanowiącej fundament skutecznej terapii zaburzeń mowy i funkcji orofacjalnych. Kluczowe przesłanie płynące z polskich doświadczeń i badań jest jednoznaczne: skuteczna terapia mowy nie może ograniczać się do korekcji izolowanych głosek, ale musi adresować całościowo funkcje prymarne układu orofacjalnego - oddychanie, połykanie, pozycję spoczynkową oraz tonus mięśniowy. Model opracowany przez prof. Danutę Pluta-Wojciechowską i adaptowany przez wielu polskich praktyków dostarcza spójnej ramy teoretycznej i praktycznej dla tej holistycznej wizji.

Polskie statystyki - 40-60% dzieci przedszkolnych z wadami wymowy, ponad 40% z oddychaniem ustnym - ukazują skalę wyzwania stojącego przed systemem edukacji. Jednocześnie rosnąca liczba szkoleń (Akademia Logopedy, Teczka Logopedy, Instytut Logopedyczny), konferencji krajowych (Kraków, Warszawa, Lublin) oraz publikacji w prestiżowych czasopismach polskich (Logopedia, Logopaedica Lodziensia, Logopedia Silesiana) świadczy o mobilizacji środowiska profesjonalnego i akademickiego wokół tej problematyki. Siła polskiego modelu leży w jego praktyczności - strukturze piramidy Kittel, rozszerzonej współpracy triadycznej logopeda-rodzic-nauczyciel-dziecko, integracji z systemem szkolnym - oraz w jego głębokim zakorzenieniu w neurobiologicznych i rozwojowych podstawach funkcjonowania orofacjalnego.

Jednak sukces tej wizji zależy od przezwyciężenia istotnych barier systemowych. Niewystarczające etaty logopedów, późna diagnoza, ograniczony dostęp do specjalistów interdyscyplinarnych oraz niewystarczające zaangażowanie rodziców pozostają kluczowymi wyzwaniami. Rozwiązanie wymaga działań na wielu poziomach: polityka edukacyjna musi zapewnić odpowiednie zasoby i standardy, instytucje akademickie muszą kontynuować badania i szkolenia wysokiej jakości, praktycy muszą budować efektywne sieci współpracy, a rodzice muszą być edukowane i wspierani w codziennej praktyce domowej.

Literatura:

- AlQhtani, F. A. (2024). *Evaluating the Impact of Myofunctional Therapy on Orthodontic Treatment Outcomes*. Pobrano z: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11426762/> [dostęp: 16.10.2025].
- Orzelska-Blomberg, M. (2015). Występowanie wad zgryzu i wad wymowy u dzieci w wieku przedszkolnym. *Forum Ortodontyczne*, 11, 8–15.
- Pluta-Wojciechowska, D. (2022). *Zaburzenia czynności prymarnych i artykulacji. Podstawy postępowania logopedycznego* (wyd. IV). Bytom: ErgoSum.
- Wijey, R. (2001). It's time to talk about Myofunctional Therapy. *Australasian Dental Practice*, March/April, 70-72.
- Ying, X., Ruicong, Y., Andxumemei, G. (2024). *Efficacy of Myofunctional Therapy for Obstructive Sleep Apnea: A Systematic Review and Network Meta-Analysis*. Pobrano z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1532338225000521?via%3Dihub> [dostęp: 16.10.2025].
- Zielska, A., Rosińska, A., Kulig-Goc, G., Jelonkiewicz-Szostak, J., Machoś, M., Sieniawska, W., Terapia miofunkcjonalna. *Forum Logopedy*, 6-7.
- Czarzasta, A., Terapia miofunkcjonalna. Pobrano z: <https://kliniakusmierczyk.pl/terapia-miofunkcjonalna/> [dostęp: 16.10.2025].
- Information About the Journal* (b.d.). Pobrano z: <https://www.polskietowarzystwologopedyczne.pl/en/information-about-the-journal/> [dostęp: 16.10.2025].
- Jaśkiewicz, K., Terapia miofunkcjonalna MFT – na czym polega? Pobrano z: <https://gemini.pl/poradnik/dziecko/terapia-miofunkcjonalna-mft-na-czym-polega/> [dostęp: 16.10.2025].

- Kalicińska, B., Logopeda w przedszkolu - regulacje prawne i organizacja pracy. Pobrano z: <https://livekid.com/pl/blog/logopeda-w-przedszkolu-regulacje-prawne-i-organizacja-pracy/> [dostęp: 16.10.2025]
- Konferencja Diagnoza i Terapia Miofunkcjonalna - Ujęcie Interdyscyplinarne* (b.d.). Pobrano z: <https://konferencja-mio.uken.krakow.pl/> [dostęp: 16.10.2025]
- Łobacz, A., Terapia miofunkcjonalna. Pobrano z: <https://millemedica.pl/leczenie-zachowawcze/terapia-miofunkcjonalna/> [dostęp: 16.10.2025]
- Meszczyńska, M., Ignaciuk, M., Logopeda w szkole. Jak wygląda jego praca? Pomoc dla dzieci z wadami wymowy. Kto może skorzystać z bezpłatnych zajęć z logopedą w szkole? Pobrano z: <https://strefaedukacji.pl/logopeda-w-szkole-jak-wyglada-jego-praca-pomoc-dla-dzieci-z-wadami-wymowy-kto-moze-skorzystac-z-bezplatnych-zajec-z-logopeda-w/ar/c5-16939871> [dostęp: 16.10.2025]
- Miszczak, K., Czym jest terapia miofunkcjonalna i dlaczego mylona jest z terapią logopedyczną. Pobrano z: <https://mamaortodonta.pl/czym-jest-terapia-miofunkcjonalna-i-dlaczego-mylona-jest-z-terapia-logopedyczna/> [dostęp: 16.10.2025]
- Pietraczyk, I., Współpraca nauczyciela z logopedą. Pobrano z: <https://www.edukacja.edux.pl/p-8737-wspolpraca-nauczyciela-z-logopeda.php> [dostęp: 16.10.2025]
- Rosińska, A., Terapia miofunkcjonalna – cele i rola w codziennej praktyce. Pobrano z: <https://forumlogopedy.pl/arttykul/terapia-miofunkcjonalna-cele-i-rola-w-codziennej-praktyce> [dostęp: 16.10.2025]
- Rosińska, A., Terapia miofunkcjonalna – studium przypadku chłopca w wieku 7 lat. Pobrano z: <https://forumlogopedy.pl/arttykul/terapia-miofunkcjonalna-studium-przypadku-chlopca-w-wieku-7-lat> [dostęp: 16.10.2025]
- Rotyńska, J., Jak pracuje logopeda w przedszkolu? Pobrano z: <https://www.logopestka.pl/jak-pracuje-logopeda-w-przedszkolu/> [dostęp: 16.10.2025]
- Wady wymowy – przyczyny, rodzaje, skutki i metody leczenia*, Pobrano z: <https://www.marmed.pl/blog/wady-wymowy-przyczyny-rodzaje-skutki-i-metody-leczenia/> [dostęp: 16.10.2025]
- Wady wymowy u dzieci – przyczyny, leczenie*, Pobrano z: <https://milmedica.pl/wady-wymowy-u-dzieci/> [dostęp: 16.10.2025]
- Wilczyńska, M., Współpraca logopedy z wychowawcą i nauczycielem ucznia. Pobrano z: <https://strefalogopedy.pl/arttykuly/wspolpraca-logopedy-z-wychowawca-i-nauczycielem-ucznia-2658.html> [dostęp: 16.10.2025]

Przewzorowywanie odruchów ustno-twarzowych na podstawie literatury

Wprowadzenie

Każdy człowiek już w okresie prenatalnym zaczyna swój proces kształtowania motoryki jamy ustnej. Obecność właściwych odruchów, a także ich funkcjonowanie, ma znaczący wpływ na kształtowanie się mowy, funkcji pokarmowych, czy też prawidłowego napięcia mięśniowego w okolicy kompleksu ustno-twarzowego. Wszystkie odruchy ustno-twarzowe są nam bardzo potrzebne do prawidłowego rozwoju. Są one fundamentem do wykształcenia konkretnych umiejętności. Oczywiście, warto podkreślić fakt, że rozwój motoryki ustno-twarzowej uzależniony jest od różnych czynników, m.in.: fizjologicznych, anatomicznych czy też psychologicznych (Masgutowa, Regner, 2009, s. 13).

W sytuacji, kiedy dziecko nie jest w stanie samodzielnie wykazywać pewnych czynności, jak: oddychanie, przyjmowanie pokarmu, nawiązywanie kontaktu z najbliższymi osobami – konieczne jest podjęcie natychmiastowych działań terapeutycznych. Wszelkie nieprawidłowe odruchy, które blokują mięśnie, a także pracę naszej twarzy, mogą być bezpośrednią przyczyną opóźnień w rozwoju mowy, komunikacji. Dostrzec można również trudności w artykulacji. Dlatego też niezmiernie ważne jest zintegrowanie odruchów, aby uzyskać jak najlepsze efekty w funkcjonowaniu ruchów związanych z przyjmowaniem pokarmu, mową, ale też komunikacją. Często stosuje się różne techniki ustno-twarzowe, których celem jest właśnie odzyskiwanie utraconych funkcji na skutek wszelkiego rodzaju zaburzeń systemu nerwowego, urazów czy też opóźnień i dysfunkcji. Warto podkreślić fakt, że owe techniki sprawdzają się również u osób w każdym wieku, nie tylko niemowlęcy (Regner, 2019, s. 7).

Terapia umożliwia pacjentowi wykształcenia właściwych wzorców odruchów. Co zatem można osiągnąć poprzez odpowiednie działania manualne? Przede wszystkim: „prawidłowe

przyjmowanie pokarmu, właściwą regulację napięcia mięśniowego, rozwój świadomości oraz ruchu własnego ciała, prawidłową percepcję wzrokową i słuchową” (Masgutowa, Regner, 2009, s. 13). Za podstawowy czynnik, który decyduje o rozwoju motoryki w okolicy ustno-twarzowej, uważa się odruchy zaprogramowane genetycznie oraz reakcje pierwotne. Najczęściej wykorzystywaną metodą podczas pracy przy odruchach ustno-twarzowych jest Integracja Odruchów Twarzy według dr Swietłany Masgutowej.

1. Odruchy ustno-twarzowe –podstawowe informacje

Zanim przytoczę podstawowe informacje na temat odruchów ustno-twarzowych, warto na wstępie wyjaśnić, czym owe odruchy są. Zazwyczaj tłumaczy się je jako „[...] reakcje ustroju na bodziec, zachodzące za pośrednictwem układu nerwowego. Stanowią one podstawowy sposób działania układu nerwowego, możliwy dzięki jego specyficznym właściwościom: pobudliwości i przewodnictwu” (Borkowska, red., 1997, s. 146).

Sprawdzenie odruchów ustno-twarzowych, które są kształtowane już we wczesnym okresie prenatalnym, traktuje się jako jedno z podstawowych czynności, jakie należy wykonać podczas diagnozy logopedycznej, ponieważ to właśnie te odruchy stanowią w okresie niemowlęcym podstawę do rozwoju oralnych wzorców ruchowych (Kaczorowska-Bray, 2011, s. 243). W swojej pracy logopeda będzie zwracał uwagę głównie na odruchy twarzy. Swietłana Masgutowa oraz Denis Masgutow stworzyli ich podział, przyjmując jako kryterium przedmiot badania i procedury integracji. Wyodrębnili następujące odruchy (Kaczorowska-Bray, 2011, s. 245):

- Odpowiadające za funkcję jedzenia, a więc: ssania, gryzienia, połykania, żucia, ale też zaciskania zębów i trzymania w ustach.
- Szukania – reakcje ustno-orientacyjne, szukanie ustami oraz reakcja ustno-poznawcza.
- Posturalne – dotyczące prostowania głowy, błędnikowe i wzrokowe, odruch posturalny Straussa, odruch związany z utrzymaniem poziomu oczu.
- Oddychania i reakcje obronne – związane z wstrzymywaniem oddechu na wdechu i wydechu, kichanie, czkawka, kasłanie.
- Reakcje oczu – czyli zbieżności, widzenie skupione i peryferyjne, ale też widzenie blisko-daleko, wodzenie wzrokiem w linii poziomej oraz pionowej.

- Powiązane z systemami koordynacji – ręka-oko, ręka-usta oraz z artykulacją i mową – dotyczy to naśladowania oraz wymawiania sylab.

Odruchy to z pewnością pierwotne źródło naszych podstawowych umiejętności ruchowych, które dostarczają właściwej odpowiedzi na konkretne bodźce, w znacznej mierze ułatwiają wykształcenie się reakcji ruchowych na daną stymulację (Goddard, 2006, s. 51). Obecność konkretnych odruchów, bądź też ich brak, dostarcza nam wielu informacji o tym, jak funkcjonuje ośrodkowy układ nerwowy dziecka. Ponadto dają one możliwość niemal natychmiastowego reagowania na zmienne potrzeby dziecka oraz nowe środowisko, w jakim się ono znalazło.

Jak wykazują badania, przedłużająca się obecność odruchów pierwotnych może być główną przyczyną zaburzeń rozwoju posturalnego, przez co dziecko nie będzie miało prawidłowej i skutecznej interakcji ze środowiskiem (Goddard, 2004, s. 17). Jeśli chodzi o przetrwałe odruchy ustno-twarzowe, mogą powodować opóźnienia w kształtowaniu się mowy. Cały kompleks ustno-twarzowy obejmuje: mięśnie mimiczne twarzy, mięśnie nadgnykowe i podgnykowe, mięśnie żwacze, ale także języka, gardła, szyi, obręczy barkowej i podniebienia miękkiego.

Można powiedzieć, że stymulacja ustno-twarzowa obejmuje swoim zasięgiem trzy części:

1. Neuromotoryczna – używa się jej do leczenia dzieci, które mają opóźnienia statomotoryczne, cierpią na obwodowy niedowład.
2. Regulacyjna terapia ustno-twarzowa – przeznaczona jest dla pacjentów mających zaburzenia sensomotoryczne w obszarze twarzowej, ale też gardła czy jamy ustnej.
3. Leczenie ortodontyczne – jako uzupełnienie terapii.

Wszelkie odruchy twarzowe powinny być zintegrowane, aby schematy ruchów, które są związane z jedzeniem, gryzieniem, żuciem, połykaniem, ale też mową i wyrażaniem emocji, mogły prawidłowo funkcjonować.

2. Wybrane odruchy ustno-twarzowe i ich charakterystyka

Odruchy ustno-twarzowe należą do takich, które stanowią fundament do rozwoju ruchowego każdego dziecka. Odruchy te to nic innego jak reakcja twarzy, głowy czy też ust. Poniżej

przedstawiam kilka przykładów odruchów ustno-twarzowych, których występowanie bada się podczas diagnozy logopedycznej.

Odruch Babkina (dłoniowo-bródkowy)

Odruch ten stanowi podstawę do rozwoju innego odruchu, mianowicie – asymetrycznego tonicznego odruchu szyi, tzw. ATOS, ale także do koordynacji ręce-usta. Przyczynia się również znacząco do rozwoju motoryki dużej, a także poczucia środka ciała. Odruch ten umożliwia również wykształcenie ekspresji twarzy, dynamiki ruchów kości czaszki. Odruch wywołuje się poprzez naciskanie palcami na dłonie dziecka, które leży na plecach. Prawidłowa reakcja, jaka powinna zajść u dziecka to otwarcie ust, ale w niektórych przypadkach może się też pojawić zgięcie głowy oraz zamykanie oczu. Twierdzi się, że odruch ten występuje u dzieci od narodzenia do 6. tygodnia życia. Po tym czasie uznaje się występowanie odruchu jako patologicznego. Największa jego intensywność przypada na 4. tydzień życia dziecka.

Za funkcję fizjologiczną przyjmuje się zapewnienie przetrwania, uwolnienie od wewnętrznego napięcia w sytuacjach stresowych. Właściwie zintegrowany ruch zapewnia dziecku: realizację niezbędnych, i podstawowych zarazem, potrzeb organizmu, daje poczucie spokoju i bezpieczeństwa, wycisza wszelkiego rodzaju stresy towarzyszące dziecku, funkcjonuje w koordynacji z takimi odruchami, jak: ssanie, wciąganie i przełykanie. W przypadku patologicznie funkcjonującego odruchu dostrzec można nieprawidłowy obrót głowy lub też całkowity brak reakcji na bodziec, zaburzone oddychanie, nadmiernie kłusanie, gryzienie i zaciskanie zębów, brak poczucia nasycenia, słaba koordynacja ręce-usta.

Odruch ssania

Jeden z najważniejszych odruchów w życiu małego człowieka. Pojawia się już w 14. tygodniu życia płodowego. Odruch ssania jest wywoływany przez bodźce dotykowe znajdujące się na linii warg w osi symetrii twarzy (Masgutow, Regner, 2009 s. 55). Można go wywołać poprzez włożenie małego palca do ust dziecka albo drażnienie okolic ust. Warto wiedzieć, że „podstawowy schemat odruchu ssania aktywizuje się podczas stymulacji obszaru między podniebieniem miękkim i twardym” (Masgutow, Regner, 2009 s. 56). Reakcja, jaka powinna pojawić się u malca to rytmiczne i silne ruchy ssania. Wciąganie mięśniami policzkowymi, a także językiem. Przyjmuje się, że odruch ssania powinien stopniowo wygasać od 2. miesiąca życia. Objawem patologicznym staje się po upływie 6. miesiąca. Co może powodować

zintegrowany odruch ssania? Przede wszystkim: zaspokajają podstawowe pokarmowe potrzeby dziecka, zapewniają poczucie nasycenia, a także bezpieczeństwa. Pod kątem emocjonalnym dają poczucie satysfakcji, zadowolenia, ale także radości z bliskości z drugą osobą. Niezintegrowany odruch powoduje: zahamowanie rozwoju odruchów, które są bezpośrednio związane z czynnościami pokarmowymi, takimi jak: jedzenie, połykanie, gryzienie, żucie i kąsanie. Sprawia również, że dziecko traci poczucie nasycenia.

Odruch przełykania

W jaki sposób możemy go wywołać? Poprzez dotykanie okolic krtani oraz tylnej części języka. Bodźcem może stać się sam widok jedzenia. Odruch przełykania daje dziecku poczucie sytości, ale też spokoju i bezpieczeństwa. Wykształca się już w okresie prenatalnym – dziecko połyka w tym czasie wody płodowe. Właściwą reakcją na bodziec jest ruch mięśni, które podtrzymują krtani, ale też ruchy gardła, przełyku, dzięki którym pokarm może dostać się do żołądka (Masgutow, Regner, 2009 s. 57) Jaka zatem może być funkcja fizjologiczna tego odruchu? Przede wszystkim zaspokojenie potrzeby, jaką jest jedzenie oraz fizyczne przetrwanie związane z procesami trawienia. Zintegrowany odruch przełykania pomaga regulować wszelkie procesy homeostazy w organizmie, a także zabezpiecza podstawowe potrzeby pokarmowe. Warto wspomnieć, że dodatkowo funkcjonuje wraz z koordynacją związaną z odruchami: ssania, oddychania czy żucia. W przypadku patologicznie działającego odruchu można dostrzec brak akcji przełykania i ssania, dziecko często wypycha język, może pojawiać się odruch wymiotny, a także nieprawidłowe oddychanie. U niektórych dzieci z patologicznie działającym odruchem zauważono stałe ssanie palca, nadmierne ślinienie i otwieranie ust (Masgutow, Regner, 2009 s. 68).

Odruch szukania

Odruch ten pojawia się już w życiu prenatalnym dziecka, w 16. tygodniu. Przyjmuje się, że początkowo odruch związany jest z poszukiwaniem piersi matki i aktywizuje odruch ssania. Wiąże się również z przetrwaniem – poszukiwaniem pożywienia. Wywołuje się go poprzez drażnienie kącików ust i policzka. Prawidłową reakcją dziecka powinno być obrócenie głowy w kierunku bodźca i aktywizowanie narządów percepcji słuchowej i wzrokowej. Odruch ten towarzyszy dziecku od urodzenia i powinien zostać wygaszony w 3.-4. miesiącu życia. Jego obecność po 6. miesiącu jest objawem patologicznym. Właściwie zharmonizowany odruch szukania sprzyja procesom sensorycznym i funkcjonuje w koordynacji z wszelkimi odruchami

sluchowymi i wzrokowymi, zaspokajaniu podstawowych potrzeb dziecka. Odruch szukania jest również doskonałym punktem wyjścia do kształtowania procesów poznawczych, skupienia uwagi, myślenia.

Odruch otwierania ust

Sposobem na wywołanie tego odruchu jest zbliżenie butelki do ust dziecka albo też podrażnienie części środkowej warg. W takiej sytuacji, przy prawidłowej reakcji, dziecko otworzy usta. Przyjmuje się, że odruch ten trwa do 4. miesiąca życia.

Odruch zwierania warg

Odruch ten wywołujemy poprzez dotykanie środkowej części warg. Prawidłowa reakcja dziecka, jaka powinna nam się okazać, to zwieranie warg i ich wysunięcie. Brak tego odruchu może wpływać niekorzystnie na karmienie piersią, może tę czynność w znaczący sposób utrudniać.

Odruch wymiotny

Odruch wymiotny pojawia się u każdego w momencie narodzenia i trwa przez całe życie. Związany jest z reakcją na zbyt dużą ilość pokarmu. Poprzez swoje prawidłowe działanie jest w stanie regulować proces nasycenia dziecka, zapewnia mu również poczucie ulgi i spokoju. W późniejszym okresie, odruch ten może być przejawem strachu (podczas uciążliwego stresu możemy odczuwać odruch wymiotny) lub też przejedzenia się. Warto pamiętać o tym, że zbyt wygórowany odruch wymiotny może w znaczący sposób utrudniać karmienie. Odruch można wywołać poprzez podrażnienie tylnej części języka. Reakcja, jaka powinna się pojawić u dziecka, to rozwarcie szczęk, odchylenie głowy ku tyłowi, a także skurczenie się mięśni języka i gardła.

Za pierwotne przyczyny tego odruchu można uznać zatrucie organizmu, naturalną potrzebę oczyszczenia organizmu, jak również przesycenie organizmu zbyt dużą ilością pokarmu. Za podstawowe funkcje fizjologiczne odruchu wymiotnego przyjmuje się: szeroko rozumiane oczyszczenie i odtrucie organizmu, zachowanie równowagi i umiaru w jedzeniu, jak również uwolnienie się od wewnętrznego napięcia w sytuacjach bardzo stresujących i uciążliwych. Powszechnie uważa się, że odruch wymiotny pojawia się już w 1. tygodniu życia i jest on reakcją na nadmierne spożycie mleka. Pozostaje aktywny do momentu zakończenia karmienia

piersią. W późniejszym okresie przeradza się w reakcję na przejedzenie. Należy do odruchów obronnych, które funkcjonują przez całe nasze życie.

Niewłaściwie funkcjonujący odruch zablokuje odruch ssania czy też odruchów, które są związane z jedzeniem, gryzieniem i połykaniem, wywoła nieadekwatną reakcję wszelkich procesów ochronnych, jak również zwiększy poczucie strachu. W przypadku patologicznie funkcjonującego odruchu zaobserwować można nieustanne otwieranie ust, znikomą reakcję przełykania, zaburzone oddychanie, refluks żołądkowo-przełykowy, nadmierne dotykanie i gryzienie języka, jak również potrzebę nieustannej stymulacji akcji wymiotnej – dziecko wkłada palce, zabawki głęboko do jamy ustnej.

Odruch kęśania

Aktywizuje się przy jedzeniu jako reakcja na głód. Skutecznym sposobem na wywołanie tego odruchu jest dotykanie palcami dziąseł od przodu lub wsadzenie pokarmu do ust. Dziecko w czasie wykonywania naszej czynności powinno zacisnąć szczękę i trwać w takim stanie do momentu ustania bodźca. Przyjmuje się, że odruch kęśania występuje u dzieci od urodzenia do 3.-4. miesiąca życia. W niektórych przypadkach może się utrzymać nawet do 7. miesiąca. Odruch kęśania jest zastępowany czynnością żucia, a jako przetrwały odruch uniemożliwia rozwój mowy (Kaczorowska-Bray, 2011, s. 248).

To dzięki czynności kęśania możliwe jest wypowiadanie takich głosek jak: *b, d, p, s, c, sz, cz, rz, l, s*. Odruchy kęśania zaspokajają podstawowe potrzeby pokarmowe, dają dziecku poczucie nasycenia, pomagają również w ustaleniu tej granicy, funkcjonują razem w koordynacji z odruchami żucia czy oddychania. Niezintegrowane odruchy kęśania mogą powodować: przyspieszenie przełykania albo też jego spowolnienie, nie informują – lub też robią to w bardzo słaby sposób – o stanie głodu, hamują rozwój odruchów, które są bezpośrednio związane z jedzeniem, przełykaniem i żuciem oraz powodują, że dziecko staje się niespokojne, brak mu poczucia bezpieczeństwa i komfortu. W patologicznie funkcjonujących odruchach jesteśmy w stanie zauważyć: brak czynności kęśania, żucia, zaciskania zębów, stałą potrzebę jedzenia zaburzone oddychanie, wypychanie jedzenia językiem oraz brak poczucia nasycenia.

Odruch żucia

Chcąc go wywołać należy dotykać dziąseł w okolicy zębów trzonowych. W tym czasie u dziecka powinny pojawić się ruchy żujące. Sam odruch żucia pojawia się w momencie, kiedy zaniknie odruch kłaniania, czyli ok. 7. miesiąca życia dziecka. Występuje też wtedy, kiedy dziecko potrafi zahamować odruch ssania (Borkowska, 1989, s. 92). W niektórych przypadkach odruch ten może się już pojawić od 4. miesiąca życia. Przyjmuje się, że odruch powstaje już w okresie niemowlęcym wraz z początkiem wyrzynania się pierwszych zębów dziecka.

Rozwój prawidłowego odruchu żucia jest niezmiernie ważny, ponieważ ma to związek z układem trawienia. Przyjmuje się, że właściwy odruch pomaga dziecku w artykułowaniu głosek z szeregu syczącego oraz szumiącego. Zintegrowany odruch żucia pozwala dziecku na: kontrolowanie ilości jedzenia odpowiednio do połykania, swobodny jego wybór, ale przede wszystkim – odgrywa kluczową rolę przy wspieraniu rozwoju aparatu mowy. W przypadku, kiedy odruch żucia nie został zharmonizowany, możemy dostrzec brak rozwoju zębów oraz szczęk, osłabione funkcjonowanie lub całkowity brak odruchów, tj. kłaniania, gryzienia, przełykania, dziecko zaczyna uzależniać się od jedzenia w płynnej formie i odmawia produktów o stałej konsystencji. Przy patologicznie działającym odruchu jesteśmy w stanie zaobserwować u dziecka brak jakiegokolwiek akcji żucia, gryzienia, dziecko wykazuje stałą potrzebę jedzenia, ale zamiast przełykać pokarm – wypycha go językiem na zewnątrz, brak poczucia nasycenia, zaburzona czynność oddychania czy też autostymulacja języka – nieustanne dotykanie go lub gryzienie. Dzieci z patologicznie funkcjonującym odruchem mogą czuć się odrzucone, bać się, ale też u niektórych może pojawić się zachowanie autoagresywne lub depresyjne (Masgutowa, Regner, 2009, s. 63).

Odruch nasycenia

Trwa on od narodzin do 1. roku życia i jest reakcją na wystarczającą ilość pożywienia. Właściwą reakcją dziecka powinno być rozluźnienie ciała, wyciszenie i przede wszystkim – poczucie sytości. Odruch, który jest odpowiednio zintegrowany, zapewnia dziecku poczucie komfortu, zadowolenia, a także gwarantuje mu podstawową potrzebę organizmu. Ponadto wycisza wszelkie procesy związane z reakcją przetrwania. Na poziomie emocjonalnym zapewnia dziecku poczucie zadowolenia, spokoju i radości (Masgutowa, Regner, 2009, s. 63). Jak funkcjonuje patologiczny odruch nasycenia? Charakteryzuje się on stałą potrzebą jedzenia,

zaburzeniami w oddychaniu, stałym ssaniem palca, zaburzonymi procesami żucia, gryzienia i kłaniania.

Odruch żuchwowy

W jaki sposób można wywołać zamierzony odruch? Poprzez odciągnięcie brody dziecka palcem wskazującym, a jednocześnie uderzając drugim palcem w ten odciągający. Dziecko w tym momencie, na skutek podciągania mięśni żwaczy, powinno unieść żuchwę. Wiek fizjologiczny, w którym pojawia się ten odruch, to oczywiście moment od urodzenia dziecka. Warto jednak pamiętać o tym, że z czasem odruch ten może stać się słabszy. Co w przypadku, kiedy nastąpi brak odruchu lub też jego znaczne osłabienie? W takiej sytuacji dziecko może mieć problemy z ssaniem.

Odruch wypychania języka

Przy tym odruchu pożądaną reakcją dziecka jest oczywiście wypychanie języka, aby go wywołać, należy położyć kawałek pokarmu na czubku języka dziecka. Przyjmuje się, że wzmożony odruch wypychania języka może spowodować problemy w karmieniu.

Odruch akustyczno-twarzowy RAF

Najskuteczniejszym sposobem na wywołanie tego odruchu jest klaśnięcie w pobliżu uszu dziecka. Reakcji, jakiej powinniśmy się spodziewać, to odruchowe mruganie. Odruch ten pojawia się od urodzenia, a okresem jego największej intensywności jest czas od 10. dnia życia. Za patologiczny przejaw uznaje się, kiedy dziecko nie wykazuje żadnej reakcji słuchowej po 3. miesiącu życia.

Odruch optyczno-twarzowy ROF

Sposobem wywołania odruchu może być zbliżenie dłoni w kierunku otwartych oczu dziecka. Pożądaną reakcją dziecka jest, tak jak w poprzednim przypadku, odruchowe mruganie. Za okres największej intensywności przyjmuje się 3. miesiąc.

Podsumowanie

Obszar ustno-twarzowy jest integralną częścią naszego ciała, którego niewłaściwe funkcjonowanie może powodować wiele nieprawidłowości w organizmie dziecka. Odruchy twarzy biorą udział nie tylko w skomplikowanych i złożonych funkcjach, np. oddychanie, ssanie, żucie, ale też aktywizują różne procesy obronne i rozwojowe, które w znaczny sposób pomagają nam w kształtowaniu schematów ruchowych. W sytuacji, kiedy odruchy nie kooperują ze sobą, mamy do czynienia z: negatywnymi kompensacjami, zaburzeniami symetrii, nadmiernym użyciu poszczególnych mięśni, słabą kondycję fizyczną, ale też labilność emocjonalną i zaburzenia w procesach poznawczych.

Warto już od najmłodszych lat, od pierwszych chwil życia przyglądać się odruchom, jakie powinny się pojawić u dziecka. Wczesna interwencja i pomoc w znaczący sposób mogą przyczynić się do podniesienia komfortu życia dziecka, a także do zniwelowania niechcianych czynników wywołujących zaburzenia. Odpowiednia interwencja pozwala na uruchomienie wszystkich niezbędnych metod do pomocy dziecku, aby stało się ono nie tylko sprawniejsze ruchowo, ale też i emocjonalnie.

Literatura:

- Borkowska M. (1989), *ABC rehabilitacji dzieci. Mózgowe porażenie dziecięce*, Wydawnictwo Pelikan, Warszawa.
- Borkowska M., red. (1997), *Dziecko niepełnosprawne ruchowo, Cz. 2: Usprawnienie ruchowe*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa.
- Goddard S. (2006), *Harmonijny rozwój dziecka*, Świat Książki, Warszawa.
- Kaczorowska-Bray K. (2011), *Diagnoza we wczesnej interwencji logopedycznej [w:] Diagnoza logopedyczna. Podręcznik akademicki*, red. E. Czaplewska, S. Milewski, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot, s. 223-262.
- Masgutowa S., Regner A. (2009), *Rozwój mowy dziecka w świetle integracji sensomotorycznej*, Międzynarodowy Instytut Doktor Swietłany Masgutowej, Wydawnictwo Continuo, Wrocław.
- Regner A. (2019), *Wybrane techniki manualne wspomagające terapię ustno-twarzową*, Wydawnictwo Continuo, Wrocław.

Czy musimy chować kobiecość, by być traktowane poważnie? O nauczycielkach, terapeutkach i sile autentycznej obecności kobiet w zawodach pomocowych

Wprowadzenie

Czy kobieta, która pracuje z dziećmi — jako nauczycielka, logopedka, terapeutka integracji sensorycznej czy pedagożka — powinna „tonować” swoją kobiecość, by być uznana za profesjonalistkę? Czy może pozwolić sobie na wyrazisty styl, kolor, ekspresję? Czy ciało, emocje i estetyka mają prawo być częścią jej obecności w zawodzie — czy też powinny zostać „ukryte” za neutralnym fartuszkiem i tonem głosu?

To pytania, które zadaje sobie wiele kobiet w zawodach pomocowych — szczególnie te, które od lat uczono, że „grzeczna dziewczynka” to ta, która nie rzuca się w oczy. Temat ten nie jest jedynie kwestią indywidualnego wyboru, lecz odzwierciedla szersze mechanizmy społeczne dotyczące konstrukcji płci, które badaczka Judith Butler określa jako performatywność płci (Butler, 1990). Kobiecość jest więc nie tylko cechą osobistą, lecz także zestawem oczekiwań i norm społecznych, które kobiety są zmuszone „wykonywać” w określony sposób, aby funkcjonować w określonych rolach zawodowych.

1. Ciche kody: „nie za bardzo”

W przestrzeni zawodów pomocowych istnieje wiele niepisanych zasad. Nie ubieraj się zbyt kolorowo. Nie maluj się zbyt wyraziście. Nie pokazuj emocji. Nie bądź „za bardzo”. Te sygnały są często przekazywane nie wprost — spojrzeniem, komentarzem, mimiką — ale ich siła oddziaływania jest ogromna.

Takie subtelne formy społecznej kontroli nad zachowaniem kobiet mogą być rozumiane jako przykład tzw. aksamitnej rękawicy (Jackman, 1994), gdzie normy i stereotypy służą utrzymaniu społecznej hierarchii oraz ograniczaniu ekspresji jednostki. Kobiecość, choć wszechobecna, bywa traktowana jako coś podejrzanego. Jeśli jest „zbyt widoczna” — grozi odebraniem powagi. Jeśli jest „zbyt cielesna” — może wywołać zarzut, że „przeszkadza w pracy”. Tymczasem mężczyźni w tych samych zawodach nie są proszeni o tłumienie swojej męskości (Connell, 1995).

Miasto i wieś — dwa światy, ten sam lęk

Choć kontekst społeczny jest różny w dużych miastach i na terenach wiejskich, presja wobec kobiet wygląda zaskakująco podobnie. W mieście dominuje kult efektywności i wizerunku — terapeutka czy nauczycielka powinna być „estetyczna, ale neutralna”, „profesjonalna, ale nie wyrazista”. Na wsi natomiast częściej spotyka się tradycyjne podejście do ról płciowych, gdzie od kobiety oczekuje się skromności, niewychylania się i „grzecznego wyglądu”.

W obu przypadkach kobieta, która wychodzi poza te ramy — poprzez strój, makijaż, sposób bycia — ryzykuje społeczny dystans, a nawet stygmatyzację. Przekaz jest jeden: bądź widoczna, ale nie za bardzo. Bądź kobieca, ale bezpiecznie (Kwiatkowska, 2019).

2. Jak wychowujemy dziewczynki – i co z tego wynika

Większość kobiet w zawodach pomocowych to były „grzeczne dziewczynki”. Uczone od dziecka, by nie przeszkadzać, nie wychodzić przed szereg, nie mówić za głośno. Uczone kontroli nad ciałem, głosem, emocjami. I — co bardzo ważne — uczone, że ich ciało może być źródłem winy.

„Nie pokazuj się tak, bo prowokujesz”.

„Nie maluj się, bo co ludzie powiedzą”.

„Nie patrz tak, bo to nieładnie”.

Ten przekaz zostaje w kobiecie głęboko. Ciało przestaje być przestrzenią siły i ekspresji, a zaczyna być źródłem niepokoju, autocenzury, kontroli. Arlie Hochschild (1983) wskazuje, że takie mechanizmy kontroli emocji i ekspresji są częścią tzw. zarządzania uczuciami, które

wymaga od kobiet stałej kontroli nad własnym wyrazem emocjonalnym, zwłaszcza w pracy zawodowej.

Gdy te kobiety wchodzi w zawody pomocowe — zawody, które wymagają bycia „dla innych” — często przenoszą ten lęk także do relacji zawodowych. Chowają siebie. Dostosowują się. Czasem aż do wypalenia.

3. Autentyczność to nie słabość

Dzieci — zwłaszcza te wrażliwe, neuroatypowe, po doświadczeniach przemocy lub zaniedbania — potrzebują dorosłych, którzy są prawdziwi. Którzy są w swoim ciele. W emocjach. W głosie. W energii. Tylko wtedy mogą poczuć, że są bezpieczne. Że są przy kimś, kto nie udaje.

W pracy logopedki, terapeutki SI, nauczycielki czy pedagożki — ciało jest nie tylko obecne, ale kluczowe. Język ciała, głosu, spojrzenia, tembru, ruchu — to są nasze narzędzia. A także nasz przekaz: czy ja sama siebie czuję? Czy pozwalam sobie być kobietą, nie tylko „panią”?

Carol Gilligan (1982) podkreśla, jak ważne jest, by kobiety w roli wychowawczyń i opiekunek zachowały głos emocjonalny i autentyczność, ponieważ to pozwala budować prawdziwe relacje oparte na zaufaniu i bezpieczeństwie.

4. Dla dziewczynek jesteśmy wzorami

W świecie, który uczy dziewczynki filtrów, wyidealizowanych ciał i perfekcyjnego wyglądu, kobieta, która jest obecna naprawdę — z autentyczną twarzą, ciepłym spojrzeniem i cielesną obecnością — staje się wzorcem, który może zadziałać głębiej niż tysiąc słów.

Pokazując dziewczynce, że można być silną i wrażliwą, kobiecą i kompetentną, obecną i nieprzepraszającą za to — otwieramy w niej przestrzeń, która może być niedostępna w żadnej innej relacji (Brown, 2012; Adichie, 2014).

5. Nie musimy się chować

Nie musimy być „neutralne”, żeby być dobre. Nie musimy się ukrywać, żeby być szanowane. Nie musimy tłumić swojej kobiecości, żeby mieć wpływ.

Możemy być sobą – i to naprawdę wystarczy.

Literatura:

- Butler J. (1990), *Gender trouble: Feminism and the subversion of identity*, Routledge, London.
- Connell R.W. (1995), *Masculinities*, University of California Press, Berkeley.
- Gilligan C. (1982), *In a different voice: Psychological theory and women's development*, Harvard University Press, Boston.
- Jackman M.R. (1994), *The velvet glove: Paternalism and conflict in gender relations*, University of California Press, Berkeley.
- Kwiatkowska A. (2019), *Kobiety w zawodach społecznych: wyzwania i strategie*, „Studia Socjologiczne”, nr 2, s. 45-62.
- Hochschild A.R. (1983), *The managed heart: Commercialization of human feeling*, University of California Press, Berkeley.
- Brown B. (2012), *Daring greatly: How the courage to be vulnerable transforms the way we live, love, parent, and lead*, Gotham Books, Sheridan, WY.
- Adichie C.N. (2014), *We should all be feminists*, Anchor Books, London, <https://ameforeignpolicy.wordpress.com/wp-content/uploads/2018/02/we-should-all-be-feminists.pdf>

Małe kroki, wielkie postępy. Jak zajęcia SI wspierają rozwój dzieci w spektrum

Wprowadzenie

Integracja sensoryczna (SI) od wielu lat stanowi fundament wspierania rozwoju dzieci w spektrum autyzmu³⁵. To podejście terapeutyczne zakłada, że dzięki odpowiednio dobranym aktywnościom można poprawić przetwarzanie bodźców zmysłowych, a w konsekwencji – usprawnić funkcjonowanie dziecka w codziennych sytuacjach. W praktyce terapeutycznej widzimy, jak konsekwentna praca wpływa na obszary motoryki dużej, małej, komunikacji, regulacji emocjonalnej oraz relacji społecznych.

1. Rola motoryki dużej i małej w terapii SI

Dzieci w spektrum autyzmu często zmagają się z trudnościami w zakresie planowania ruchu, koordynacji oraz napięcia mięśniowego. Zajęcia SI pozwalają rozwijać **motorykę dużą**, czyli zdolność do wykonywania ruchów całego ciała, takich jak skakanie, bieganie czy utrzymywanie równowagi. Ćwiczenia te angażują przede wszystkim układ przedsionkowy i proprioceptywny – odpowiedzialne za poczucie równowagi oraz świadomość własnego ciała w przestrzeni.

Z kolei **motoryka mała** wiąże się z precyzją i kontrolą ruchów dłoni oraz palców. Umiejętności manualne są niezbędne do samodzielności w codziennym życiu: jedzenia, ubierania się czy pisania. W terapii wykorzystuje się m.in. nawlekanie, chwytanie małych przedmiotów, ćwiczenia bilateralne, czyli wymagające współpracy obu rąk.

³⁵ A. Jean Ayres Dziecko a integracja sensoryczna, Harmonia 2023.

2. Znaczenie zaangażowania wielu układów zmysłowych

Zajęcia integracji sensorycznej opierają się na jednoczesnym angażowaniu różnych systemów: dotykowego, przedsionkowego, proprioceptywnego, wzrokowego i słuchowego. Dzięki temu mózg dziecka uczy się lepiej przetwarzać informacje napływające z otoczenia i łączyć je w spójną całość.

Przykładowo: gdy dziecko balansuje na huśtawce terapeutycznej, jednocześnie rzucając piłkę do celu, musi współpracować układ równowagi, wzrokowy i proprioceptywny. Taka aktywność nie tylko ćwiczy koordynację, ale też wspiera koncentrację uwagi oraz planowanie ruchu.

3. Siła systematyczności

W pracy terapeutycznej systematyczność to klucz. Pojedyncze spotkania przynoszą radość i chwilową poprawę, ale dopiero regularne uczestnictwo w zajęciach prowadzi do trwałych zmian w funkcjonowaniu dziecka. Wielu rodziców obserwuje, że po kilku miesiącach terapii ich dzieci stają się bardziej samodzielne, chętniej podejmują wyzwania ruchowe i łatwiej radzą sobie w sytuacjach wymagających skupienia.

Przykłady zmian obserwowanych w terapii SI

I. Rozwój koordynacji ruchowej

Kacper, 6 lat – na początku terapii miał ogromny problem z utrzymaniem równowagi, unikał biegania i skakania. Podczas zajęć systematycznie ćwiczył na deskorolce terapeutycznej, wspinał się po drabinkach i brał udział w torach przeszkód. Po kilku miesiącach potrafi samodzielnie pokonać tor równoważny, a rodzice zauważyli, że coraz chętniej bawi się na placu zabaw z rówieśnikami.

II. Poprawa sprawności manualnej

Ola, 5 lat – niechętnie podejmowała aktywności wymagające używania obu rąk, miała trudności z rysowaniem i trzymaniem kredek. W trakcie zajęć bawiła się w nawlekanie dużych koralików, ściskanie piankowych piłeczek i zabawy w przesypywanie drobnych przedmiotów. Po kilku miesiącach potrafi już kolorować obrazki w granicach, a rodzice zauważyli, że samodzielnie zapina guziki w kurtce.

III. Regulacja emocjonalna i koncentracja

Filip, 7 lat – początkowo łatwo się frustrował, miał trudności z dokończeniem zadania i szybko tracił cierpliwość. Dzięki aktywnościom łączącym elementy ruchowe z zadaniami celowymi (np. skakanie na trampolinie i równoczesne wrzucanie piłek do kosza) uczył się skupiać na jednej czynności przez dłuższy czas. Po pewnym czasie zauważono, że potrafi dokończyć układanie puzzli czy budowanie konstrukcji z klocków w domu.

4. Innowacyjność podejścia terapeutycznego

Nowoczesna terapia SI nie polega jedynie na zestawie ćwiczeń ruchowych. Jej innowacyjność jest związana z indywidualnym dostosowaniem programu do dziecka oraz łączeniem różnych form aktywności – od ruchowych, przez manualne, aż po elementy relaksacyjne. Terapeuta staje się przewodnikiem, który tworzy dla dziecka środowisko bogate w bodźce, ale jednocześnie bezpieczne i przewidywalne.

Coraz częściej wykorzystuje się także nowoczesne narzędzia wspierające terapię, np. interaktywne podłogi, aplikacje wspierające ćwiczenia bilateralne czy elementy treningu uważności. Dzięki temu dzieci w spektrum autyzmu mogą w atrakcyjny sposób doświadczać nowych form ruchu i stopniowo przekładać te umiejętności na codzienne funkcjonowanie.

Podsumowanie

Zajęcia integracji sensorycznej są skuteczną formą wsparcia dla dzieci w spektrum autyzmu. Dzięki pracy nad motoryką dużą i małą, zaangażowaniu wielu układów sensorycznych oraz systematyczności można osiągnąć realne i trwałe zmiany w życiu dziecka. Postępy widoczne są nie tylko w gabinecie terapeutycznym, ale przede wszystkim w domu, szkole i w relacjach z rówieśnikami.

Integracja sensoryczna to inwestycja w przyszłość dziecka – daje mu narzędzia do lepszego poznawania siebie, otoczenia i budowania niezależności.

Literatura:

A. Jean Ayres Dziecko a integracja sensoryczna, Harmonia 2023.

Wykorzystanie elektrostymulacji w neurologopedycznej terapii 6-letniej pacjentki z MPD

1. Elektrostymulacja w logopedii

Elektrostymulacja TENS/EMS jest to zabieg elektrostymulacji polegający na przepływie prądu o niskim natężeniu do pobudzenia nerwów i mięśni. TENS (przezskórna stymulacja nerwowa) działa przeciwbólowo poprzez stymulowanie zakończeń nerwowych znajdujących się w skórze. EMS (elektrostymulacja mięśniowa) stymuluje nerwy motoryczne – pobudza mięśnie do naprzemiennego skurczu³⁶.

2. Studium przypadku

Niniejszy artykuł przedstawia studium przypadku 6-letniej dziewczynki ze stwierdzoną niepełnosprawnością ruchową w postaci niedowładu spastycznego czterokończynowego w następstwie mózgowego porażenia dziecięcego oraz niesamoistny, opóźniony rozwój mowy (dyszartria).

Prezentowane trudności:

- nieprawidłowa pozycja spoczynkowa języka, ograniczone ruchy języka na skutek obniżonej sprawności mięśni języka, brak pionizacji języka,
- ograniczona sprawność warg ze względu na dysfunkcję oddychania,
- oddychanie nieprawidłowe, torem ustnym,
- ślinienie się.

³⁶ A. Kaczyńska, E. Wojewoda, *Innowacyjne metody elektrostymulacji zewnętrznej i wewnętrznej w logopedii* [materiały szkoleniowe], Warszawa 2023.

Wdrożono elektrostymulację TENS/EMS z wykorzystaniem aparatu Ecostim 54 według poniższych strategii pracy. Każdy zabieg zaczynałam od prądów TENS (1-2 min.) w celu pobudzenia nerwowego na programie 1 lub 2.

Cykle	Rodzaj prądów	Ułożenie elektrod	Częstotliwość impulsu	Szerokość impulsu	Czas terapii
1 cykl	TENS	Wewnętrzna i zewnętrzna strona jamy ustnej (masaż okrężny warg, policzków, języka, przestrzeni pod językiem), przestrzeń nadgnykowa (elektroda z dwoma kulkami)	10	200	5 min.
2 cykl	TENS + masaż	Wewnętrzna i zewnętrzna strona jamy ustnej, przestrzeń nadgnykowa (elektroda z dwoma kulkami).	50	250	5min.
		Masaż mięśnia żwacza, wargi, czubka języka, przestrzeni po językiem (rękawica)	Program 57	Program 57	5 min.
3 cykl	TENS +EMS + masaż	Wewnętrzna i zewnętrzna strona jamy ustnej, przestrzeń nadgnykowa (elektroda z dwoma kulkami).	50	250	5 min.
		EMS – masaż mięśnia żwacza (Program 42 II faza treningowa) elektroda z dwoma kulkami.	80	280	5min.
		Masaż- mięśnia żwacza (elektrody 5*5), masaż okrężny warg (elektrody 5*5)	Program 57	Program 57	5 min.
4 cykl	TENS +EMS	Wewnętrzna i zewnętrzna strona jamy ustnej, przestrzeń nadgnykowa (elektroda z dwoma kulkami).	50	250	5min.
		Masaż policzkowy (Program 33 II faza treningowa) rękawica	21	280	5min.
5 cykl	Masaż	Masaż okrężny warg wewnątrz i zewnątrz, policzków, języka, mięśnia żwacza (elektroda z dwoma kulkami)	Program 58	Program 58	10 min.
6 cykl	Masaż	Masaż okrężny warg wewnątrz i zewnątrz, policzków, języka, mięśnia żwacza (elektroda z dwoma kulkami)	Program 58	Program 58	10 in.

3. Ocena efektywności postępowania logopedycznego

Po zrealizowanych cyklach elektrostymulacji zauważono poprawę w zakresie:

- lepszego domykania buzi,
- ograniczenia ślinienia,
- poprawy ruchomości mięśnia okrężnego.

Jak pracować nad wymową z dorosłymi- z doświadczeń logopedy medialnego

Zazwyczaj dorosłe osoby zaczynają zastanawiać się nad swoją wymową dopiero wtedy, gdy rozpoczynają pracę zawodową. Nagle okazuje się, że muszą występować publicznie - przed współpracownikami, zarządem, czy klientami. I właśnie wtedy pojawia się refleksja: to, jak mówimy, jest równie ważne jak to, co mówimy. Sposób mówienia nie powinien odciągać uwagi od treści. Jeśli ktoś ma coś zaprezentować, do czegoś przekonać czy zainspirować - jego wymowa nie może rozpraszać słuchaczy.

Dlaczego dorosłym tak trudno wyeliminować wadę wymowy

Jeśli chodzi o wady wymowy to najczęściej mamy do czynienia z różnymi rodzajami seplenienia

i rerania. Czyli nieprawidłową wymową s z c dz sz ż cz dż ś ź ć dź, r.

Nie każdy dorosły, który ma wadę wymowy, chce ją korygować. Niektórzy są do swojego sposobu mówienia przyzwyczajeni i traktują ją jako część swojej tożsamości. Czasem nawet uważają, że to ich znak rozpoznawczy.

Inni może i chcieliby wymawiać poprawnie wszystkie głoski, ale ogrom pracy przytłacza ich. Kiedy dowiadują się, że ćwiczenia trzeba zacząć od uzyskania prawidłowych funkcji: odgryzania, żucia, pozycji spoczynkowej języka oraz prawidłowego połykania – poddają się. Tylko tych wybitnie zmotywowanych, marzących o karierze aktora lub lektora można namówić na dodatkową wizytę u fizjoterapeuty, ortodonta, być może podcięcie wędzidełka.

Niestety nieprawidłowe nawyki utrwalone przez lata bardzo trudno zmienić. Na dodatek efekt nie zawsze jest gwarantowany. Dzieje się tak, ponieważ z wiekiem słuch fonemowy³⁷, czyli zdolność rozróżniania dźwięków mowy, staje się mniej wrażliwy.

Nauka poprawnej wymowy, akcentu czy dźwięku bywa tak wymagająca jak opanowanie dźwięków mowy obcego języka.

Poprawa wymowy u dorosłych wymaga czasu i systematycznej pracy jeszcze większej niż w przypadku dzieci, dlatego niewielu jest na nią gotowych.

Jak pomóc dorosłym mówić lepiej?

Lepszy substytut - historia pewnej dziennikarki

Zdarza się, że wada wymowy odbiera powagę lub wiarygodność, na przykład boczne seplenienie, przy którym powietrze ucieka bokiem, przypomina sposób mówienia Kaczora Donalda. Wargowo-zębowa realizacja głosek dentalizowanych, może mniej przykra w odbiorze, również może kojarzyć się z bohaterami kreskówek. Jeżeli dla naszego klienta celem nie jest krystaliczna wymowa, ale ogólnie poprawienie brzmienia, to możemy zaproponować kilka rozwiązań. Jednym z nich jest wskazanie „lepszego” substytutu. Dobrym przykładem jest historia pewnej popularnej dziennikarki, która zamiast „r” wymawiała „ł”. W jej ustach „ryba Karol” brzmiało więc jak „łyba” kałol”. Nie zdecydowała się na naukę prawidłowego „r”, ale dzięki pracy z logopedą nauczyła się zastępować ten dźwięk zerem fonetycznym. Oczywiście wada wymowy pozostała, ale dziennikarka brzmiała dojrzała, poważniej.

Prawidłowa emisja głosu

³⁷ **Słuch fonemowy** jest kluczowy w nauce poprawnej wymowy i w uczeniu się języków. Przykładowo, Japończycy mają problem z rozróżnianiem głosek „r” i „l”, Francuzi z wymową h, a Anglicy często nie słyszą polskich „ś”, „ż” czy „ć”, nie uchwytują różnicy między słowami paćka i paczka, pracuje i prasuje, dla Rosjan z kolei „ł” i „w” brzmią tak samo.

Ogromne znaczenie dla dobrego brzmienia ma dobra emisja głosu. Dobrze ustawiony głos i otwarte samogłoski potrafią „zamaskować” drobne wady wymowy. Kiedy głos brzmi naturalnie, jest melodyjny, mowa staje się naprawdę przyjemna w odbiorze. Praca nad emisją głosu nie ma końca, więc jeśli muszę się ograniczyć do samej wymowy, to koncentruję się na rozluźnieniu mięśni żuchwy i zwolnieniu tempa mówienia. Samym otwarciem samogłosek można wyeliminować zaledwie zmiękczonej (zamiast miękkiej) wymowę szeregu ciszącego [s’ z’ c’ dz’]. Ten rodzaj spieszczenia wymowy jest plagą wśród młodych kobiet.

Dykacja - szybki sposób na poprawienie wymowy

Niewielkie wady wymowy są tak powszechne, że gdyby podczas rekrutacji do Akademii Teatralnej szukać dwudziestu kandydatów z idealną wymową i talentem jednocześnie, byłoby to prawie niemożliwe. Podobnie jest wśród dziennikarzy, polityków czy sędziów. Z moich obserwacji wynika, że takie wady wymowy jak: przyzębowa wymowa szeregu syczącego, czy dorsalna wymowa szeregu szumiącego nie rażą bardzo słuchaczy. Jeśli klient jest przyzwyczajony do swojej wady wymowy, akceptuje ją, to nie staram się przekonywać go na siłę, że brzmi strasznie, ale proponuję pracę nad dykcją, żeby poprawić ogólnie mówienie.

Z mojego doświadczenia wynika, że proste ćwiczenia warg, języka, podniebienia rozluźniają i usprawniają mięśnie. Przygotowują je do precyzyjnej artykulacji.

Drobne błędy można całkowicie wyeliminować, a w przypadku większych wad znacząco poprawić zrozumiałość mowy.

Ogromną poprawę wymowy uzyskamy jeśli będziemy starannie artykułować słowa. Nawet jeśli niektóre głoski nie są idealne, cała wypowiedź będzie zrozumiała i zabrzmiała profesjonalnie. A więc ćwiczymy wymawianie wyrazów w całości: *jest, fakt, most, konflikt, miłość, zazdrość, długopis, powiedziałam, profesor, oczywiście, głupi, stokrotce, smak kefiru, prezydent*, bez „zjadania” głosek: *jes, fak, mos, konflik, miłoś, zazdroś, dugopis, poediaam, pszedlem, proesor, oczyście, gupi, stokroce, smakefiru, prezydent*.

Czy można samodzielnie pracować nad wymową?

Można, a nawet trzeba. Logopeda może przygotować zestaw ćwiczeń, nauczyć wykonywać je prawidłowo, ale najważniejsza jest wewnętrzna motywacja. Czasem pracuję z osobami, które nie mają tej wewnętrznej potrzeby pracy nad mówieniem. Przełożeni wysłali ich na ćwiczenia, więc mają zamiar „zaliczyć” te zajęcia bez specjalnego zaangażowania. Wtedy zadaniem logopedy jest wyrobienie tej wewnętrznej motywacji - pokazanie, że nawet niewielkie ćwiczenia wykonywane codziennie sprawiają, że mowa staje się wyraźniejsza i bardziej przyjemna w odbiorze.

Dobra wymowa to klucz do pewności siebie - zarówno w pracy, jak i w życiu codziennym.

1. Ćwiczenie na otwieranie samogłosek

Wymawiaj luźno samogłoski, a dodatkowo: informuj, pytaj, dziw się, stwierdzaj, powątpiewaj, zachwycaj się.

Te Ale. Te Ewy. Te Ole. Te Ule. Te Izy.

A Ala? A Ewa? A Ola? A Ula? A Iza?.

O Ali... O Ewie... O Oli... O Uli... O Izie...

U Ali! U Ewy! U Oli! U Uli! U Izy!

I Ala!? I Ela!? I Ola!? I Ula!? I Iza!?

2. Ćwiczenie na precyzyjną wymowę spółgłosek

Szybki sposób na poprawienie wymowy: zwróć uwagę na głoski p t k . Są ciche, bezdźwięczne, na dodatek krótko trwają.

Test, wprost, fakt,

Trakt, kształt, smak,

Waść, kraść, serc,

Paść, spaść, zęby wierć.

Chciał nieść wieść,

Ale wpierw musiał zjeść.

Mógł, mógł, plół u wrót,

Schudł wróg, szczuł i zgniótł.

Polka, bulka, gwóźdź

I znów wzrost gróźb.

*Blask gwiazd i brzask,
Dość łgarstw i draństw!*

Literatura:

Kozicka E., *Porywający mówca*, Wyd. *Harmonia* 2023.