



You have downloaded a document from
RE-BUŚ
repository of the University of Silesia in Katowice

Title: Dokąd zmierza logopedia?

Author: Danuta Pluta-Wojciechowska

Citation style: Pluta-Wojciechowska Danuta. (2013). Dokąd zmierza logopedia? "Forum Logopedyczne" (2013, nr 21, s. 9-21).



Uznanie autorstwa - Użycie niekomercyjne - Bez utworów zależnych Polska - Licencja ta zezwala na rozpowszechnianie, przedstawianie i wykonywanie utworu jedynie w celach niekomercyjnych oraz pod warunkiem zachowania go w oryginalnej postaci (nie tworzenia utworów zależnych).



UNIwersYTET ŚLĄSKI
W KATOWICACH



Biblioteka
Uniwersytetu Śląskiego



Ministerstwo Nauki
i Szkolnictwa Wyższego

Danuta Pluta-Wojciechowska, logopeda
Uniwersytet Śląski w Katowicach

Dokąd zmierza logopedia?

Streszczenie: Autorka przedstawia zagadnienia związane z transformacją przedmiotu logopedii. Omawia przyczyny dokonujących się zmian w tym zakresie. W dalszej kolejności analizuje procedury postępowania logopedycznego. Przedstawia propozycję postępowania diagnostycznego. W końcowej części kreśli wizję związaną z przyszłością logopedii, a także formułuje kluczowe problemy, z jakimi powinna zmierzyć się współczesna logopedia.

Słowa kluczowe: logopedia, przedmiot logopedii, diagnoza logopedyczna.

Where the does logopedia aim?

Summary: The author presents the issues related to the transformation of speech therapy course. It discusses the reasons for the changes taking place in this area. In order to further analyze the speech therapy procedures. Submit a proposal to the evaluation. In the final part of the vision for the future of connected speech therapy, and formulates key issues, and what to take on modern speech therapy.

Key words: speech therapy, speech therapy matter, the diagnosis of speech.

1. Wprowadzenie

Przedmiot zainteresowań logopedii był różnie określany zarówno przez praktyków, jak i naukowców. W tym miejscu warto wymienić L. Kaczmarka i S. Grabiasa, których poglądy na temat przedmiotu badań logopedii są dość odmienne. Równolegle jednak z formowaniem się wizji logopedii jako nauki przebiegał inny proces, a mianowicie postrzeganie logopedy przez osoby niezwiązane z zawodem logopedy, w tym rodziców dzieci z zaburzeniami mowy, nauczycieli, lekarzy, a także – dodajmy – samych logopedów, którzy różnie określali i – jak przypuszczam – także obecnie różnie określają swoje zadania.

Wraz ze zmianą przedmiotu logopedii widzianego oczami naukowców i praktyków zmienia się jednak – mam nadzieję – współczesny wizerunek logopedy. Zwróćmy uwagę, że nadal pokutujące mity na temat wspomnianego zawodu z jednej strony nie pozwalają na docenienie umiejętności świadomego swojej roli logopedy, z drugiej zaś opóźniają otoczenie wielu pacjentów, w tym małych dzieci, skuteczną terapią obejmującą więcej niż nauczanie wymowy, i to od najwcześniejszych miesięcy życia. Mity związane z zawodem logopedy można uporządkować w następujące tezy:

- logopeda to osoba ucząca wymowy,
- do logopedy należy zgłosić się z dzieckiem już mówiącym,
- opóźnienie w rozwoju mowy stwierdza się, gdy dziecko ma 3 lata i nie mówi lub mówi mało,
- każde dziecko rozwija się indywidualnie – „zaskoczy” w którymś momencie i wtedy zacznie mówić,
- chłopcy mówią później i mają czas, aby zacząć mówić.

Kiedy spojrzymy na pracę logopedy z niemowlęciem, z dzieckiem z alalią, autyzmem, dzieckiem niesłyszącym itd., to trudno oprzeć się refleksji, że logopeda nie tylko uczy wymowy i mówienia zdań gramatycznie poprawnych, ale także buduje dziecku świat. Znamy przecież świat taki, jaki jest w naszym języku. Świat, jaki znamy, jest bowiem „zakłęty” w naszym języku. Przywołane powyżej mity nie tylko zatem nie wytrzymują konfrontacji z wiedzą związaną ze znaczeniem języka w życiu człowieka, jaka wynika z badań lingwistycznych, ale także z tym, co dzieje się podczas pracy z dziećmi, w czasie której logopeda „tłumaczy dziecku świat i samego siebie, budując jego język”.

Na naszych oczach nadal dokonują się istotne przemiany w precyzowaniu przedmiotu logopedii jako nauki teoretycznej i praktycznej zarazem. Wizja logopedii nakreślona przez S. Grabiasa (2010/2011) – w jakże odmienny sposób niż było to kilkadziesiąt lat temu – ujmuje przedmiot logopedii. Przedmiotem niniejszego opracowania jest dokonanie pewnego rekonesansu zagadnień związanych z próbą określenia kierunków transformacji przedmiotu logopedii, wizerunku logopedy, a także postawienia pytań, dylematów i hipotez związanych z dalszym rozwojem logopedii.

2. Od braku autonomii do samodzielności i oryginalności przedmiotu badań

Logopedia jako działalność praktyczna swój rodowód czerpie z działalności związanej z medycyną, podczas której lekarze udzielali pomocy osobom z zaburzeniami mowy. Do dziś zdarza się, iż pomoc udzielaną osobom z zaburzeniami mowy określa się jako leczenie. Niebagatelną rolę w krystalizowaniu się przedmiotu logopedii odgrywała także pedagogika, gdyż pomoc osobom z zaburzeniami mowy płynęła również ze strony pedagogów i psychologów. Kim był zatem logopeda? Z punktu widzenia medycyny, jak należy przypuszczać, logopeda był kimś, kto wspomagał proces leczenia i – jak należy się domyślać – był podporządkowany lekarzowi. Taka wizja – niestety – także dzisiaj znajduje poklask wśród niektórych lekarzy, którzy chcieliby podporządkować sobie logopedę, traktując go jako „wykonawcę lekarskich zaleceń”, podobnego w gruncie rzeczy do technika, masażysty. Nie sposób zgodzić się z taką wizją. Z kolei z perspektywy pedagogiki działalność logopedy można było określać jako pewien rodzaj pomocy o charakterze pedagogicznym.

Jeszcze do niedawna (a może nadal jest tak w niektórych przypadkach?) logopeda był (jest?) osobą zajmującą się głównie, jeśli nie wyłącznie, wymową i agramatyzmem, co wiąże się z wyróżnionymi przez L. Kaczmarka ośmioma kategoriami pól zainteresowań logopedii. Przypominając je w tym miejscu, pragnę uświadomić logopedom, jak zmienił się przedmiot zainteresowań tej nauki na przestrzeni dziejów, co wynika nie tylko z refleksji naukowej, ale także z praktycznej działalności świadomych znaczenia swojej roli logopedów.

L. Kaczmarek ujmował logopedię jako „samodzielną naukę o mowie we wszystkich jej aspektach” i wyróżnił osiem działów tej dyscypliny, a mianowicie:

- teorię mowy,
- kształtowanie mowy u dzieci,
- kształtowanie mowy u dzieci z upośledzeniem umysłowym,
- porozumiewanie się głuchoniewidomych,
- percepcję wypowiedzi słownych (słuchową, wzrokową, czuciową),
- fonetykę artykulacyjną i akustyczną,
- zaburzenia porozumiewania się językowego,
- teorię kultury żywego słowa (Kaczmarek 1991, za: Grabias 2010/2011).

Według L. Kaczmarka (1988) mowa to układ czterech elementów, a mianowicie: przekaz (mówienie, pisanie, sygnalizowanie), tekst (wytwór przekazu, który może być mówiony, pisany, sygnalizowany), odbiór (rozumienie wypowiedzi), język (zestaw znaków zbudowany przez grupę społeczną, a zdobywany przez jednostkę w procesie socjalizacji).

Budowanie logopedii w oparciu o powyższe rozumienie terminu *mowa* i określenie ośmiu obszarów jej zainteresowań stwarzało sprzyjającą sytuację do kreowania wizerunku logopedy w szczególności jako nauczyciela wymowy, osoby, która zajmuje się głównie stroną gramatyczną tworzonej wypowiedzi, realizacją tekstu. Zwróćmy uwagę, że sposób ujęcia mowy opisywany przez L. Kaczmarka (1988), wywodzący się ze strukturalizmu, co prawda porządkował akt w procesie porozumiewania się za pomocą języka, ale nie uwzględniał w szczególności tego, że język, oprócz funkcji komunikacyjnej, pełni także funkcję poznawczą, co z kolei znajduje wyraz w definicji mowy, jaką prezentuje S. Grabias (1997). Należy jednakże podkreślić zasługi L. Kaczmarka, który wyniósł logopedię do statusu nauki samodzielnej, chociaż heterogennej i z gruntu humanistycznej.

Komentując sformułowaną tezę „od braku autonomii do samodzielności i oryginalności przedmiotu badań”, należy także przywołać inne stanowiska, które w jeszcze inny sposób określają logopedię. F. Grucza – twórca lingwistyki stosowanej w Polsce – włączył logopedię w zakres tej dyscypliny. Z kolei T. Rittel pisze o koncepcji lingwistyki edukacyjnej związanej z badaniem narastania kompetencji językowej u dzieci, przy czym dla logopedii rezerwuje przestrzeń „kompetencja zaburzona”. W takim ujęciu logopedia nie jest nauką samodzielną, ale częścią innych nauk.

Dzisiejsza myśl logopedyczna, kreowana w szczególności przez S. Grabiasa, odchodzi od widzenia zadań logopedii w kategoriach jedynie realizacji przekazu w konwencji nadawca–odbiorca i uwzględnia najnowsze osiągnięcia lingwistyki. Stąd współcześnie mówimy nie tylko, że logopedia to nauka o zaburzeniach mowy, ale że logopedia jest nauką o biologicznych uwarunkowaniach języka i zachowań językowych. Ścieżkę transformacji przedmiotu logopedii, którą pokrótce przedstawiłam, można określić jako przejście od braku autonomii do samodzielności i oryginalności przedmiotu badań. Żadna z nauk nie określa tak swojego przedmiotu badań, jak robi to współczesna logopedia.

3. Triada kluczowych obszarów „działania języka”

Komentując przyczyny transformacji przedmiotu logopedii jako nauki teoretycznej i praktycznej, należy wskazać, że nie mogła ona być obojętna wobec wiedzy płynącej z innych dyscyplin naukowych, w tym lingwistyki, psychologii, neurologii. Doniesienia związane z rolą języka w życiu człowieka, jakie odnajdujemy w lingwistyce, socjolingwistyce, lingwistyce kognitywnej, „odkrycie na nowo” tezy Herdera, co w konsekwencji przyniosło syntezę w postaci tezy Herdera–Humboldta i jej dalszy rozwój, nie pozwalają współcześnie na widzenie logopedii jako nauki zajmującej się językiem rozumianym jedynie w kategoriach narzędzia komunikacji, chociaż to ważne „zadanie języka”. Kreśląc model polemiki z takim stanowiskiem, S. Grabias pisze: „[...] to język nadaje zachowaniom człowieka swobodnego wymiaru, który odróżnia działania ludzkie od zachowań innych istot żywych. 1. Język obiektywizuje poznanie rzeczywistości, narzucając jednostkom na początku ich życia intersubiektywne kategorie oglądu świata. [...] 2. Język intelektualizuje poznanie. [...] 3. Język wreszcie jest najbardziej precyzyjnym bytem pozwalającym budować przekaz wiedzy zgodny z intencjami nadawcy i umożliwiającym docieranie do intencji odbiorcy” (Grabias 2007: 355–356).

Komentując znaczenie języka w życiu człowieka (zob. Pluta-Wojciechowska 2011) nasuwają się refleksje, że:

- język „tłumaczy” dziecku świat, dostarczając różnych kategorii, takich jak pojęcia, relacje, formy przekazu, a także na przykład metafory, meronimie, metonimie, które pozwalają na nowe ujęcie zjawisk i przedmiotów,
- język dostarcza materiału do budowania obrazu świata w sposób obiektywny, wykorzystując jednocześnie dorobek wielu pokoleń i w pewien sposób „uwalnia” małe dziecko od uwzględniania jedynie percepcyjno-ruchowo-czuciowej ścieżki poznawania świata, gdyż zmienia reprezentację poznawczą na taką, która wykorzystuje symbole językowe, tworząc językowy obraz świata,
- język „tłumaczy” dziecku jego własne „ja” przez dostarczanie sposobu językowego obrazowania własnych stanów, emocji, myśli,
- język jest precyzyjnym regulatorem życia emocjonalnego i społecznego, który wykorzystuje niezwykle formy komunikacji z innymi, w szczególności dialog, także z wykorzystaniem narracji,
- język i zachowania językowe umożliwiają „wejście” dziecka w niezwykłą wspólnotę społeczną określoną przez posługiwanie się tym samym językiem i dostęp do wiedzy zawartej w języku.

W kontekście przytoczonych powyżej słów S. Grabiasa i moich uwag trudno oprzeć się refleksji, że przedmiot zainteresowań logopedii, także w obliczu uznania znaczenia biologicznych czynników określających język i zachowania językowe oraz ich rozwój w ontogenezie, musiał ulec zmianie.

Konsekwencją uznania, że język wypełnia więcej zadań w życiu człowieka niż tylko bycie narzędziem komunikacji, jest rozumienie pojęcia *mowa* odmienne niż rozumienie L. Kaczmarka. W ślad za S. Grabiasem powiemy zatem, że mowa to „[...] zespół czynności, jakie przy udziale języka wykonuje człowiek, poznając rzeczywistość i przekazując jej interpretację innym uczestnikom życia społecznego” (Grabias 1997: 10). Komentując zaburzenia mowy, należy więc uwzględniać ich konsekwencje dla poznawania świata, komunikacji i życia społecznego. Taka perspektywa powinna być brana pod uwagę podczas opisu mowy pacjenta, a także podczas omawiania skutków zaburzeń mowy dla człowieka, jak również podczas terapii logopedycznej. Nie ma innej drogi. A zatem logopeda nie może ograniczać się do badania i ćwiczeń wymowy oraz likwidowania zaburzeń związanych z gramatyką, ale cały czas musi pamiętać o skutkach zaburzeń mowy dla poznawania świata zewnętrznego i wewnętrznego pacjenta, komunikacji z innymi oraz dla jego życia społecznego. W takich trzech obszarach powinien się także rodzić program terapii i sama terapia logopedyczna.

Definicja mowy funkcjonująca w logopedii ujmuje ją jako pewien układ kompetencji i sprawności, które są ze sobą powiązane (Grabias 1997). Pierwsze z nich dotyczą wiedzy tkwiącej w umysłach, która z jednej strony jest wynikiem możliwości danych wyłącznie człowiekowi, z drugiej zaś – socjalizacji dostarczającej powszechnych i konwencjonalnych matryc zachowań w stosunku do innych ludzi. Dla efektywnego posługiwania się językiem potrzebne są jednak człowiekowi pewne sprawności, które wyrażają się w konkretnych zachowaniach językowych. Jaki użytek człowiek mógłby zrobić z kompetencji, gdyby nie miał pewnych sprawności, dzięki którym może korzystać z owych kompetencji? Stąd w omawianej definicji dwa elementy – kompetencje i sprawności. Należy przy tym podkreślić, że relacja pomiędzy nimi jest obustronna, co można ująć w następujący sposób:

kompetencje nie pojawiają się bez sprawności, a sprawności przyjmujące formę umiejętności realizacyjnych nie mogą się pojawić bez wcześniejszych kompetencji (Grabias 1997: 30). Ma to kapitalne znaczenie dla ontogenezy mowy, a także dla terapii logopedycznej.

4. Przedmiot logopedii dnia dzisiejszego

Według S. Grabiasa (2010/2011) logopedia jest nauką o biologicznych uwarunkowaniach języka i zachowań językowych. Takie określenie przedmiotu logopedii implikuje konieczność rozważenia relacji pomiędzy językiem i zachowaniami językowymi a cechami człowieka, które wynikają z jego możliwości biologicznych, czyli konieczność badania objawu i centralnych oraz obwodowych mechanizmów warunkujących powstanie tego objawu. Celem postępowania logopedycznego związanego ze sprostaniem zadaniom logopedii wyznaczonym w kategoriach relacji objaw–warunki biologiczne jest zatem opis języka i zachowań językowych, opis warunków biologicznych i powiązanie ich z objawem, a następnie programowanie sposobu zmiany stanów niepożądanych na pożądane i prowadzenie działań naprawczych. W takim ujęciu logopedia wypełnia zadania związane z diagnozą i terapią.

Nakreślona tu pokrótce wizja logopedii skłania do poszukiwania odpowiedzi na pytania o obszary diagnozy i obszary prognozy oraz terapii. Co i jak badać? Czym badać? Czy logopedia ma wystarczające narzędzia, aby sprostać wyznaczonym zadaniom? Nagromadzona wiedza praktyczna, wcześniej często o charakterze intuicyjnym, może nie być wystarczająca dla sprostania wszystkim postawionym celom. Przed logopedią stoi zatem wielkie wyzwanie związane ze stworzeniem narzędzi diagnozy i uporządkowania metod postępowania postdiagnostycznego, co już się dzieje.

5. Co badać?

W niniejszym rozdziale przedstawiam propozycję modelu diagnozy, którą sporządziłam na podstawie lektury opracowania S. Grabiasa (2010/2011), umożliwiającą pewien rekonesans problematyki i związanej z tym refleksji dotyczącej perspektyw rozwoju logopedii. Diagnozę logopedyczną określają dwa elementy, a mianowicie opis zachowań językowych (mówiąc w uproszczeniu – prawidłowych i nieprawidłowych, czyli normatywnych i nie-normatywnych) i ich wyjaśnienie, co w efekcie umożliwia sformułowanie nazwy jednostki nozologicznej.

Można przyjąć, że zachowanie językowe to działanie człowieka związane z używaniem języka. W takiej koncepcji można wyróżnić zarówno czynności wewnętrzne organizujące naszą wiedzę, doświadczenia, nasze „chcenia”, intencje z pomocą języka i czynności zewnętrzne, których efektem jest tekst wypowiedziany, jeśli korzystamy z kanału głosowo-artykulacyjnego (Grabias 2001: 40–41).

Ścieżka diagnostyczna. Diagnoza logopedyczna określona jest kolejnymi krokami logopedy, które wiążą się z poszukiwaniem odpowiedzi na różne pytania, a mianowicie:

- opis zachowań językowych, czyli poszukiwanie odpowiedzi na pytanie: czy, a jeśli tak, to jakie zachowania językowe prezentuje pacjent?,
- porównanie opisanych zachowań z modelem zachowań normatywnych w danym wieku, co oznacza zestawienie uzyskanego opisu zachowań językowych ze stanem zachowań językowych u osoby z normą (biologiczną, umysłową) w danym wieku, czyli poszukiwanie odpowiedzi na pytania: czy są różnice pomiędzy tym, „co jest”, a tym, „co powinno być”?, jeśli są różnice, to na czym one polegają i jakich obszarów dotyczą?,

- czy stan zachowań językowych pacjenta odpowiada normie i w jakim zakresie od niej odbiega?; oznacza to korzystanie z kryterium lingwistycznego i kryterium metrykalnego,
- przywołanie wiedzy dotyczącej mechanizmów centralnych i obwodowych odpowiedzialnych za konstytuowanie się zachowań językowych, w tym zachowań językowych niepożądanych, czyli poszukiwanie odpowiedzi na pytanie: co warunkuje powstanie stanu zachowań językowych niepożądanych?,
 - badanie i opis warunków biologicznych odpowiedzialnych za powstanie stanu niepożądanego uwidocznionego w zachowaniach językowych niepożądanych, czyli poszukiwanie odpowiedzi na pytanie: jakie są warunki biologiczne warunkujące zachowania językowe niepożądane?,
 - powiązanie opisu stanu zachowań językowych z warunkami biologicznymi, czyli poszukiwanie odpowiedzi na pytania: jaka jest relacja pomiędzy niepożądanymi zachowaniami językowymi a warunkami biologicznymi?, jaki jest patomechanizm zachowań niepożądanych?,
 - określenie jednostki nozologicznej zaburzenia mowy, czyli poszukiwanie odpowiedzi na pytania: jakie zaburzenie mowy występuje u pacjenta?, czy zestaw objawów i ich przyczyn składa się na wyznaczoną w klasyfikacji zaburzeń mowy jednostkę?, czy zestaw objawów i ich przyczyn obserwowany u pacjenta znajdujący swoistą syntezę w proponowanej jednostce nozologicznej wystarczająco różnicuje dane zaburzenie z innymi?

Analizując powyższą ścieżkę, należy rozważyć, jaki rodzaj aktywności powinien przyjąć logopeda, aby sprostać określonym krokom postępowania diagnostycznego i jaki rodzaj wiedzy i umiejętności jest mu potrzebny. Z pewnością aktywność logopedy przyjmuje różną formę, w szczególności zaś obejmuje:

- znajomość obszarów diagnozy zachowań językowych,
- stawianie zadań dopasowanych do dziecka w trakcie stworzonej sytuacji komunikacyjnej podczas badania,
- umiejętność stosowania narzędzi diagnozy zachowań językowych,
- znajomość modelu rozwoju mowy wraz z wiedzą lingwistyczną,
- umiejętność diagnozy biologicznych sprawności percepcyjnych i realizacyjnych będących w jego kompetencjach (np. słuch fonemowy, czynności pokarmowe),
- znajomość modelu rozwoju sprawności percepcyjnych i realizacyjnych,
- umiejętność interpretacji wyników badań specjalistycznych, np. neurologicznych, foniatrycznych, psychologicznych,
- umiejętność przeprowadzenia wywiadu z opiekunami dziecka,
- umiejętność porównywania, analizowania, wnioskowania przyczynowo-skutkowego,
- integrowanie wiedzy różnych dyscyplin,
- znajomość istoty poszczególnych jednostek zaburzeń mowy, co umożliwi diagnozę różnicową.

Wymienione różne umiejętności logopedyczne mogą stać się przedmiotem osobnych rozważań, a ich wypisanie ma na celu uświadomienie, że wraz ze zmianą przedmiotu logopedii konieczna jest zmiana kształcenia logopedycznego (co już się dzieje), gdyż logopeda praktyk staje się wnikliwym badaczem w przypadku każdego pacjenta.

Kierunki diagnozy. Język jest niezwykłą strukturą, której narastanie można porównać do stożka odwróconego podstawą do góry. Jest on symbolem nie tylko zmian ilościowych,

ale także przemian jakościowych, przy czym wewnątrz tego stożka obserwuje się różnorodne powiązania pomiędzy różnymi elementami i konstrukcjami. Wnętrze stożka nie jest dziełem zakończonym, ale działaniem. Tam stale odbywa się ruch, zmiany w obrębie różnych elementów i powiązań. Oznacza to, że język człowieka zmienia się przez całe jego życie, przy czym mogą to być zmiany o charakterze rozwojowym i destrukcyjnym. W trakcie diagnozy logopeda uzyskuje zatem jedynie pewien wycinek sprawności związanej z zachowaniami językowymi w stworzonej sytuacji badania. Nie jesteśmy w stanie zbadać wszystkich możliwych zachowań językowych danego człowieka. I nie jest to wcale potrzebne, aby postawić diagnozę logopedyczną. Diagnoza logopedyczna powinna być jednakże ukierunkowana na pewne kategorie zachowań językowych.

Skoro posługiwanie się językiem „odbija się” w poznawaniu świata, komunikacji i w życiu społecznym, to jednocześnie jest to wskazówka, jakie obszary diagnozować podczas badania logopedycznego. Wiedza o świecie „zapisana” jest w słowach, które odsyłają do tego, a nie innego desygnatu, a także w pojęciach ukazujących swoistą „anatomię” danej kategorii, np. kategorii *pies, ssaki, zwierzęta*. Znajomość „anatomii” pojęć sankcjonuje między innymi wiedzę o świecie, umożliwia efektywne życie w świecie przyrody, w świecie ludzi, w świecie „pojęć abstrakcyjnych” itd., jednakże pojęcia nie są jedynie katalogiem, ale są ze sobą powiązane za pomocą relacji taksonomicznych, uwzględniających kategorie podstawowe, podrzędne i nadrzędne. Umożliwia to na przykład różny poziom uszczegóławiania własnej wypowiedzi, gdyż mogą powiedzieć: *Kuba rozsypał cukierki* lub *Chłopiec rozsypał cukierki*. Każda kategoria ma także swoją budowę wewnętrzną. Można zatem mówić o systemie pojęć, z których każde ma swoją strukturę i jest powiązane z innymi.

Wiedza o świecie budowana jest także z wykorzystaniem swoistej manipulacji symbolami językowymi przez ich porównywanie, zestawianie, co prowadzi do metafor, meronimii i metonimii (zob. Pluta-Wojciechowska 2011). Są one niezwykle skutecznym narzędziem poznawania świata, a nie tylko efektywnym środkiem stylistycznym. Jak podają G. Lakoff i M. Johnson (1988), nasz system pojęciowy jest w większości metaforyczny, co widać chociażby na przykładzie wypowiedzianego zdania, np. *Tata utknął w korku, Ola ma zęby białe jak śnieg* lub *Ania ma 10 lat, ale to dzidzius*. Swoista synteza wiedzy o rzeczywistości obserwowana jest w narracji, która jest trudną sztuką związaną z używaniem języka z wykorzystaniem opowiadania i opisu. Te formy również odzwierciedlają językowy obraz świata człowieka, przy czym podobnie jak w przypadku pojęć można w nich dostrzec określoną strukturę – inną dla opowiadania, a inną dla opisu.

Komunikacja z innymi ludźmi za pomocą języka wyznaczona jest przez intencję, która staje się motorem uruchamiającym przekaz. Porozumiewanie się za pomocą języka związane jest z dialogiem, który będąc strukturą naprzemienną, wyznacza rozmówcy zadania polegające na formułowaniu pytań, zachęt, komentarzy, ale także reagowania na pytania, zachęty, komentarze. Komunikacja wymaga nie tylko znajomości języka, ale także sprawności komunikacyjnych, które pozwalają na stosowanie językowych środków charakterystycznych i uznanych w danej grupie społecznej w zależności od tego, do kogo mówię i w jakiej sytuacji. Wreszcie efektywna komunikacja jest związana z taką formą dźwiękową, która umożliwi słuchaczowi niezakłócone dotarcie do treści znaku językowego, co oznacza, że przed oczami słuchacza zostanie „postawiona” w sposób jasny treść znaku, a forma dźwiękowa nie będzie utrudniać dostępu do niego.

Działanie języka widać w życiu społecznym. Warunkowane jest ono językiem i zachowaniami językowymi, co oznacza, że człowiek mający trudności w komunikacji z innymi

napotyka trudności w socjalizacji. Uboga wiedza o świecie i niska jakość komunikacji mogą modyfikować jego udział w życiu społecznym, prowadząc w skrajnych przypadkach do izolacji i samotności oraz niemożliwości realizacji własnych celów życiowych.

W tabeli 1 przedstawiam propozycję dotyczącą kierunków diagnozy, opartą na założeniach S. Grabiasa, której kanwą są wymienione trzy obszary związane z posługiwaniem się językiem. W niektórych kategoriach diagnozy zaproponowanych przez autora wprowadzam własne propozycje, dopełniając w ten sposób przedstawioną wcześniej wizję.

Tabela 1

Triada kluczowych obszarów „działania języka” a kierunki diagnozy

OBSZARY „DZIAŁANIA” JĘZYKA	DO CZEGO PROWADZĄ?	OBSZAR DIAGNOZY	KATEGORIE DIAGNOZY	NAJWAŻNIEJSZE SUBKATEGORIE
POZNAWANIE ŚWIATA	Językowy obraz świata	Językowe sprawności poznawcze	Sprawność leksykalna	- Zasób słów odnoszących się do różnych kategorii - Konstrukcje słowotwórcze
			Sprawność semantyczna	Struktura pojęć, np.: - Kto to jest pies? - Jak wygląda? - Co robi? - Gdzie mieszka? itp.
			Sprawność kategoryzowania zjawisk	Taksonomia pojęć umożliwiająca: - odwoływanie się do pojęć nadrzędnych, - odwoływanie się do pojęć podrzędnych
			Sprawność w manipulowaniu symbolami językowymi	Posługiwanie się metaforą, meronimią i metonimią
			Sprawność narracyjna	- Opowiadanie - Opis
KOMUNIKACJA	Językowa realizacja intencji w formie przekazu	Organizacja przekazu. Realizacja intencji	Sposób realizacji intencji	- Rodzaj i układ intencji: - informowanie: <i>To jest pies</i> - działanie: <i>Daj misia</i> - modalność: <i>Wątpię, że...</i> <i>Wydaje mi się...</i> - emocje: <i>Cieszę się</i>

cd. tabeli 1

OBSZARY „DZIAŁANIA“ JĘZYKA	DO CZEGO PROWADZĄ?	OBSZAR DIAGNOZY	KATEGORIE DIAGNOZY	NAJWAŻNIEJSZE SUBKATEGORIE
				<ul style="list-style-type: none"> - Kanały przekazu intencji: - werbalny - niewerbalny
			Czynność mówienia	<ul style="list-style-type: none"> - Realizacja fonemów z uwzględnieniem: - cech fonetycznych tworzonych głosek - innych objawów trudności działania obwodowego aparatu mowy i mechanizmów centralnych - Prozodia: melodia, rytm, akcent, obecność pauz, płynność
			Językowa sprawność społeczna	Respektowanie językowych reguł społecznych w zależności od tego: <ul style="list-style-type: none"> - kto mówi? - do kogo? - w jakiej sytuacji? - w jakim celu?
ŻYCIE SPOŁECZNE	Socjalizacja jednostki	Możliwość udziału w życiu społecznym	Analiza wyników badań posługiwania się językiem w poznawaniu świata i komunikacji prowadząca do odpowiedzi na pytanie: <ul style="list-style-type: none"> - na ile dziecko potrafi sobie poradzić w życiu społecznym, prezentując opisane zachowania językowe? 	<ul style="list-style-type: none"> - Wyniki przeprowadzonych badań językowych sprawności poznawczych i językowej realizacji intencji w formie przekazu - Uzupełniające dane z wywiadu

Źródło: na podstawie opracowania S. Grabiasa (2010/2011), a także D. Pluty-Wojciechowskiej (2011).

Efektom ukierunkowania diagnozy na wskazane obszary jest uzyskanie pewnego wglądu w poziom posługiwania się językiem z uwzględnieniem poznawania świata, komunikacji i, co ma z tym związek, z możliwością udziału w życiu społecznym. Kierunki diagnozy mogą być jednak także przedstawione w innej formie z uwypukleniem innych elementów, co z pewnością wniesie inną perspektywę omawianych zagadnień.

6. Jak prowadzić terapię?

Ścieżka terapii. Czynności postdiagnostyczne mają na celu zmianę stanu niepożądanego w pożądany. Droga ta wyznaczona jest kolejnymi krokami, których ogólną istotę można określić następująco:

- wybór procedury postępowania, a dalej metod i strategii,
- analiza możliwych metod terapii logopedycznej nastawiona na poszukiwanie odpowiedzi na pytania: czy za pomocą terapii logopedycznej jestem w stanie pomóc pacjentowi i w jakim zakresie?, jeśli nie, to co jest potrzebne?,
- programowanie terapii w formie ustalenia celów długoterminowych i krótkoterminowych,
- prowadzenie terapii wraz ze stałą aktualizacją diagnozy wstępnej.

7. Jakie może być „jutro” logopedii? Pytania, hipotezy, dylematy i postulaty

Podjmując zaprezentowane powyżej rozważania, które tylko w sposób wybiórczy określiły przedmiot logopedii i jej najważniejsze zadania, kierowałam się potrzebą nakreślenia miejsca, w jakim znajduje się współczesna myśl logopedyczna.

Na początku można zadać pytanie natury ogólnej, a mianowicie: czy możliwy jest pełny opis komunikacji językowej z użyciem pojęć współczesnej nauki? Odpowiedź na to pytanie nie jest łatwa i z pewnością przeżywamy to, co kiedyś namacalnie widać było w naukach przyrodniczych. Tam opis wielu zjawisk do pewnego czasu nie był po prostu możliwy, gdyż nie było odpowiednich pojęć i narzędzi ich badania, które z jednej strony sprostaby wyzwaniom związanym z opisem, z drugiej zaś umożliwiłyby obiektywne badanie różnych zjawisk. Myślę, że podobnie jest z mową. Sądzę jednak, że stawianie pytań, także takich, na które nie potrafimy dzisiaj odpowiedzieć, formułowanie postulatów, hipotez może być drogą dla wytyczania kierunków nowych badań i analiz. Uważam, że przyjęcie definicji mowy w ujęciu S. Grabiasa z jednej strony jest odpowiedzią na niedostatek znaczenia terminu *mowa* w ujęciu L. Kaczmarka, które w ówczesnych czasach narodzin logopedii jako nauki samodzielnej było wystarczające i porządkujące, ale obecnie może być w pewien sposób ograniczające (przy czym nie sposób odebrać autorowi zasług, których dzięki niemu doświadczyła logopedia), z drugiej zaś uwzględni najnowsze badania związane z używaniem języka i jego roli w życiu człowieka.

Wyjaśnianie roli języka w poznawaniu świata, ukazanie swoistej „biologii języka” jest możliwe z wykorzystaniem nie tylko neurobiologii, psychologii, ale także z uwzględnieniem modeli lingwistycznych, które stają się swego rodzaju interpretatorem języka rozumianego jako byt mający wewnętrzną budowę, sieć relacji i powiązań. Jednym z przykładów takich modeli może być lingwistyka kognitywna, która próbuje nakreślić swoisty mechanizm tworzenia znaczeń zawartych w wypowiedziach językowych (Pluta-Wojciechowska 2011).

Przedstawienie w zarysie ścieżki transformacji przedmiotu logopedii, jaki zaprezentowano powyżej, może być dobrym wstępem dla nakreślenia pewnych pytań, hipotez, postulatów i dylematów związanych z przyszłością logopedii, co nie jest zadaniem łatwym. Można je przedstawić w następującej formie:

W ASPEKCIE DIAGNOZY

- Czy kategoryzować i uściślać warunki badania logopedycznego przez określenie elementów obligatoryjnych sytuacji komunikacyjnej podczas badania? Albo inaczej – czy stosować metodę tzw. „próbek użycia języka” w sytuacjach poniekąd spontanicznych, czy też ściśle kategoryzować warunki badania z użyciem testów? Wiąże się to

z uświadomieniem, że pierwsza z proponowanych strategii badania jest metodą trochę „na oślep”, ale za to uwzględnia sytuacje naturalne i do pewnego stopnia spontaniczne, chociaż w pewien sposób kierowane. Z kolei druga umożliwia pełną kontrolę uzyskanego materiału językowego, ale może nie oddawać pełnych możliwości badanego. Można także powiedzieć, że jest jeszcze trzecia opcja uwzględniająca takie próby, które korespondują z naturalną aktywnością dziecka i stają się poniekąd dla niego sytuacją naturalną, ale ściśle kierowaną przez logopedę. W tym zatem sposobie istotne staje się sporządzenie odpowiednich narzędzi diagnozy korespondujących z cechami rozwojowymi dziecka, w szczególności z jego potrzebą zabawy i znanymi mu relacjami, np. dorosły–dziecko, dziecko–dziecko.

- Konieczność opracowania narzędzi diagnozy, które umożliwią porównywanie wyników badań i różnicowanie zaburzeń, co już się dzieje.
- Konieczność uwzględniania w diagnozie oprócz zachowań językowych niepożądanych także mocnych stron badanego, które mogą być wykorzystane w terapii i na których terapię można oprzeć.
- Trudność w uściśleniu relacji objaw–przyczyna, co wiąże się z koniecznością przezycięcia niedostatków w stosowaniu zasady synkretyzmu objawu i przyczyn, a wynika z tego, że ten sam objaw może mieć różne przyczyny, ta sama przyczyna może powodować różne objawy, w zależności od intensywności czynnika patologicznego objaw może mieć różną postać.
- Konieczność podjęcia badań różnych czynników dodatkowych (o których mało jeszcze wiemy) wpływających na stosowane przez pacjenta strategie kompensacyjne w zależności od czynnika patologicznego.
- Opracowanie modeli rozwoju mowy od urodzenia w przypadku zaburzeń określonego typu, co umożliwi antycypowanie trudności i stosowanie wczesnej terapii.
- Konieczność badania osób, które pomimo istnienia pewnych czynników patogennych rozwijają mowę prawidłowo. Pozwoli to na zobaczenie „drugiej strony” zjawiska.
- Logopeda stanie się (już pewnie w wielu przypadkach jest) niezbędny dla wielu specjalistów, takich jak neurolog, ortodonta, foniatra, audiolog, laryngolog, psycholog, gdyż stanie się nie tylko partnerem, ale ekspertem w dyskusji nad patomechanizmem zaburzeń, prezentując perspektywę logopedyczną.

W ASPEKTCIE TERAPII

- Potrzeba uściślenia warunków terapii przez opracowanie szczegółowych strategii postępowania (strategię rozumiem jako element metody, czyli każda metoda zawiera różne strategie, szersze omówienie tego zagadnienia: Pluta-Wojciechowska, w przygotowaniu) w przypadku danego zaburzenia w zależności od warunków indywidualnych (rodzaj objawu, rodzaj czynników patogennych, inne cechy rozwoju psychomotorycznego) z wykorzystaniem zdań warunkowych, np. *Jeśli pacjent ma warunki X, to stosujemy strategię Y, Jeśli pacjent ma warunki Z, to stosujemy strategię P.*
- Opracowanie wizji oceny skuteczności prowadzonej terapii logopedycznej, co umożliwi analiza intraindywidualna. Wymaga to być może opracowania bardzo czułych testów.
- Wyraźne określenie zasad współpracy z lekarzami i psychologami, co oznacza także uwzględnienie zakresu kompetencji podczas ustalania tego, co może wykonać w stosunku do pacjenta logopeda, aby nie zagrażać jego zdrowiu i życiu, np. podczas terapii dysfagii neurogennej, w przypadku dzieci z problemami w karmieniu.

- Poszukiwanie odpowiedzi na pytanie, dlaczego pacjenci z tym samym zaburzeniem mowy różnie reagują na ten sam sposób pracy, dlaczego efektywność tych samych działań w przypadku jednych jest duża, a w przypadku innych – pomimo tego samego zaburzenia – mała, inna. Być może przyczyna tkwi w tym, że nie rozpoznajemy jeszcze wszystkich przyczyn zaburzeń i zbyt mało wiemy o predyspozycjach dziecka do wrażliwości na modalności określonego typu.
- Jakie są granice terapii logopedycznej, czyli z jednej strony, kiedy terapia logopedyczna będzie mało skuteczna (o czym już sporo wiemy), z drugiej zaś, kiedy wiemy, że zrobiliśmy już wszystko, co możliwe?

W ASPEKTCIE ZAGADNIENÍ OGÓLNYCH

- Coraz większa specjalizacja w logopedii, co wynika z wielości podejmowanych zadań i ich coraz większego uszczegóławiania w przypadku zaburzeń określonego typu. Na przykład, w bieżącym „Forum Logopedycznym” ukazał się artykuł wykorzystujący pojęcie *onkologopeda*. Czy konieczne jest tworzenie coraz węższych specjalizacji w obrębie logopedii, czy też nie? Ma to wady i zalety.
- Podjęcie dyskusji nad zaburzeniami sprzężonymi i określenie precyzyjnej roli czynników patogennych głównych i dodatkowych.
- Dyskusja nad typologią zaburzeń mowy, której efektem mogłoby być pewne ujednoczenie stosowanych terminów.

Wiele ze sformowanych powyżej postulatów, hipotez, dylematów i pytań znajduje już wyraz w prowadzonych badaniach i opracowaniach, co cieszy i powoduje, że logopedzi kształceni obecnie mają całkiem inny start w zawodzie. Nie muszą „wyważać drzwi”, gdyż są one już w pewien sposób otwarte.

Myślę, że logopeda przyszłości będzie niezbędnym specjalistą i ekspertem w sprawach posługiwania się językiem podczas poznawania świata, komunikacji i w trakcie życia społecznego. Nikt mu nie dorówna (i już pewnie nie dorównuje) zarówno w diagnozie mowy w normie, jak i w przypadku zaburzeń. Stanie się, jak przypuszczam, niezbędny dla lekarza, nauczyciela i psychologa, a także dla rodziców, którym będzie pomagał w prowadzeniu dziecka do języka, także w przypadku dzieci zdrowych. Można sformułować zdanie z pozycji adwersarza, mówiąc, że od wieków rodzice nie potrzebowali pomocy w wychowaniu językowym własnego zdrowego dziecka, a zatem dlaczego logopeda ma im pomagać. Taka refleksja pojawia się jednakże w związku ze zmianami cywilizacyjnymi, które powodują, że wiele nawet zdrowo urodzonych dzieci potrzebuje pewnej pomocy, ukierunkowania oddziaływań rodziców.

Mówiąc o zmianach cywilizacyjnych mam na myśli na przykład preferencję obrazu nad dźwiękiem i słowem, jednostronną aktywność podczas wykorzystywania programów komputerowych przez małe dzieci, zmiany odżywiania prowadzące do coraz częstszej przewagi diety papkowej, wyłączającej konieczność gryzienia i żucia, zmiany w obrębie narządu żucia, coraz częstsze alergie prowokujące poprzez niedrożność jamy nosowo-gardłowej oddychanie ustami, przerzucanie obowiązków wychowania dzieci, nawet małych, na instytucje oświatowe.

Pokazując inną stronę omawianych problemów, można przywołać osiągnięcia medycyny, która potrafi ratować wiele dzieci, ale nie zawsze jest to wystarczająca pomoc, aby umożliwić małym ludziom efektywne posługiwanie się językiem. Stąd konieczność coraz większej liczby logopedów, którzy takim dzieciom mogą pomóc.

Logopedia jest nauką, która ma wielką przyszłość, jeśli zechcemy podjąć nowe wyzwania oraz wpisać się w nową rzeczywistość i odnaleźć w niej miejsce dla siebie.

Bibliografia

1. Grabias S., 1997, *Mowa i jej zaburzenia*, „Audiofonologia” t. X, s. 3–20.
2. Grabias S., 2001, *Język w zachowaniach społecznych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin.
3. Grabias S., 2007, *Język, poznanie, interakcja* [w:] Woźniak T., Domagała A. (red.), *Język, interakcja, zaburzenia mowy. Metodologia badań*, t. 2, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin, s. 355–377.
4. Grabias S., 2010/2011, *Logopedia – nauka o biologicznych uwarunkowaniach języka i zachowań językowych*, „Logopedia” t. 39/40, s. 9–34.
5. Kaczmarek L., 1988, *Nasze dziecko uczy się mowy*, Wydawnictwo Lubelskie, Lublin.
6. Kaczmarek L., 1991, *O polskiej logopedii* [w:] Grabias S. (red.), *Przedmiot logopedii*, Zakład Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego UMCS, Lublin, s. 5–25.
7. Lakoff G., Johnson M., 1988, *Metafory w naszym życiu*, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa.
8. Pluta-Wojciechowska D., 2011, *Mowa dzieci z rozszczepem wargi i podniebienia*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego, Kraków.
9. Pluta-Wojciechowska D., *Zaburzenia ustnej fazy połykania i oddychania w dyslalii obwodowej* [w przygotowaniu do druku].