

STANISŁAW GRABIAS

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

## Postępowanie logopedyczne. Diagnoza, programowanie terapii, terapia

---

### Logopedic Treatment. Diagnosis, Programming of Therapy, and Therapy

Standardem postępowania logopedycznego nazwijmy wzorcowy układ czynności stosowanych w terapii określonego zaburzenia mowy, konstruowanych tak, by to postępowanie było skuteczne.

Pewne jest, że taki właśnie, wzorcowy układ czynności terapeutycznych musi uwzględniać przynajmniej dwa komponenty wiedzy:

- wiedzę naukową na temat zachowań człowieka w interesującym twórcę standardu stanie zaburzonego funkcjonowania oraz
- wiedzę utrwaloną w praktyce logopedycznej, będącą wynikiem pokoleniowych doświadczeń logopedów w postępowaniu z człowiekiem potrzebującym pomocy.

Warto w tym miejscu zauważyć, że te obydwie zasoby wiedzy z trudem przystają do siebie. Każde bowiem postępowanie terapeutyczne z człowiekiem obarczone jest inercją odłożoną w procedurach stosowanych w praktyce przez lata, a nawet wieki (jak np. w postępowaniu z jękaniem). Prowadzi ona do rutyny, a ta ogranicza kreatywność praktyka, tworzy i konserwuje lukę między refleksją naukową a postępowaniem praktycznym. W związku z tym łatwo zgodzić się z opinią, że praktyka logopedyczna ciągle pozostaje zbyt daleko w tyle za osiągnięciami nauk biologicznych (szczególnie neurobiologii) i teorii komunikacji. W intencji zespołu prezentującego niniejsze standardy było przynajmniej częściowe „zasypanie” tej luki.

Traktuję zatem standardy postępowania logopedycznego jako modele, racjonalne układy czynności terapeutycznych, które to układy w praktyce

zawsze muszą być dostosowane do możliwości osoby poddanej terapii oraz do stopnia nasilenia zachowań niepożądanych.

Skuteczność postępowania logopedycznego jest wypadkową wielu komponentów procesu terapii. Zależy przede wszystkim od wiedzy i zaangażowania logopedy oraz od możliwości i motywacji osoby dotkniętej zaburzeniem mowy. Standardy mają tylko porządkować wiedzę, podpowiadać logopedzie, jak w poszczególnych przypadkach winien prowadzić diagnozowanie, programować terapię, organizować jej etapy i dokumentować przebieg.

Te trzy procedury, jak sądzę, wyznaczają pole działań logopedy. Ma on bowiem diagnozować zaburzenia mowy, programować terapię i prowadzić terapię.

### PROCEDURY POSTĘPOWANIA LOGOPEDYCZNEGO

Problem procedur postępowania logopedycznego wymaga głębszego namysłu. Niekiedy bowiem sądzi się, że postępowanie logopedyczne wyznaczone jest układem następujących pojęć: profilaktyka, diagnozowanie, terapia<sup>1</sup>. W układzie tym ponad wszelką wątpliwość brakuje „programowania terapii” jako autonomicznego komponentu postępowania, który decyduje o celach i dostosowuje do nich metody. Ten etap właśnie wymaga od logopedy największego intelektualnego wysiłku. Spójnego zebrania w jedną całość wiedzy o możliwościach pacjenta, wiedzy o metodach postępowania w danym zaburzeniu i namysłu nad cząstkowymi celami terapii.

Programowanie terapii ma wyzwolić logopedę od intuicyjnej postawy, niestety obecnej w praktyce, a zawartej choćby w zbyt często stosowanej formule: „...jak się pracuje z człowiekiem, to zawsze coś się robi...”. Chodzi jednak o to, by każdy krok postępowania logopedy uczynić zabiegiem celowym.

Na pytanie: czym jest profilaktyka logopedyczna, nie znajduję satysfakcjonującej odpowiedzi. Jeśli jest tylko upowszechnianiem wiedzy o zaburzeniach mowy, to traktowanie jej jako procedury postępowania na równi z diagnozowaniem i terapią jest bezsensowne. Wszelkie działania dotyczące biologicznej kondycji płodu („nie pij w czasie ciąży”, „nie pal papierosów”, „unikaj infekcji”, „postępuj ostrożnie z lekami”) nie sposób zaliczyć do profilaktyki logopedycznej. Są to reguły higieny życia społecznego.

Logopedia ma jednak do spełnienia sobie tylko właściwą misję. Zaburzenie mowy niestety zawsze, w większym lub mniejszym stopniu, uniemożliwia

---

<sup>1</sup> E. Słodownik-Rycaj, *System opieki logopedycznej w Polsce i Anglii*, Warszawa 2007; G. Jastrzębowska, *Stan i perspektywy opieki logopedycznej w Polsce*, [w:] *Logopedia. Pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*, red. T. Gałkowski, G. Jastrzębowska, Opole 1999, s. 219–232.

człowiekowi uczestnictwo w życiu społecznym, a logopeda, budując w umyśle język, lub usprawniając komunikację, staje się przewodnikiem na drodze powrotu jednostki do społeczności. Profilaktykę logopedyczną należy, jak sądzę, wiązać z budowaniem w świadomości społecznej wiedzy o zaburzeniach mowy i możliwościach terapii. Jest to jednak ogólny cel działań logopedy, wynikający z istoty jego zawodu.

Proponuję następujący schemat standardu:

#### I. Diagnozowanie:

Deskrypcja:

1. Badanie sprawności interakcyjnych:
  - motoryka,
  - wymowa,
  - język,
  - struktury pojęciowe,
  - realizacja dialogu,
  - realizacja wypowiedzi narracyjnych.

Interpretacja:

2. Analiza wyników badań specjalistycznych.
3. Wywiad rodzinny.
4. Diagnoza różnicowa.
5. Rozpoznanie przypadku.

#### II. Programowanie terapii. Ramy programu:

1. Cele postępowania logopedycznego.
2. Strategie i metody postępowania.
3. Organizacja postępowania.

#### III. Postępowanie terapeutyczne:

1. Organizacja etapów terapii i ich ocena. Dobór środków i pomocy.
2. Prowadzenie dokumentacji.
3. Weryfikacja hipotez diagnostycznych i modyfikacja programu.

Schemat ten stał się modelem propozycji zawartych w niniejszym tomie „Logopedii”. Musiał być zresztą twórczo modyfikowany przez autorów poszczególnych standardów.

Procedury postępowania logopedycznego (diagnozowanie, programowanie i terapia) wyzwalają szerszą refleksję, związaną ściśle z przedmiotem badań logopedii i sposobami wyodrębniania poszczególnych zaburzeń mowy. Problemy rodzą się natychmiast wraz z próbą odpowiedzi na pytanie: co logopeda diagnozuje?

Logopedia, zarówno w refleksji naukowej, jak i w świadomości potocznej, uznawana jest za naukę o zaburzeniach mowy. I na tej formule kończy się

w gruncie rzeczy powszechna zgoda, bo precyzyjne w miarę wyznaczenie pola badawczego stanowi nie lada problem. Spektrum zjawisk pojawiających się w tym polu jest ogromne, a jego segmentowanie wielorako zróżnicowane. Zaburzenia mowy mają bowiem swój wymiar biologiczny, ponieważ wszystkie przyczyny tych zaburzeń tkwią w dysfunkcjach czynności mózgowych i biologicznych czynności obwodowych. Uszkodzenia mózgu i jego dysfunkcje przekładają się na przebieg czynności umysłowych i zawsze na sferę życia społecznego.

Analiza przyczyn zaburzeń mowy pozostawała przez wieki w gestii nauk medycznych, a ostatnio stała się domeną neurobiologii. Opis objawów przypisywany był lingwistyce zaopatrzonej w narzędzia orzekania o agramatyzmie i poprawności artykulacyjnej. W układzie tych dyscyplin logopedia z łatwością wyodrębnia własny obszar badawczy odsłonięty przez nauki kognitywne i socjolingwistykę.

Zaproponowałem swego czasu następującą definicję mowy, wyznaczającą jasno pole działań logopedii. Sądzę, że mowa jest układem czynności, jakie przy udziale języka wykonuje człowiek, poznając świat i przekazując wiedzę o sobie i o świecie innym uczestnikom życia społecznego<sup>2</sup>. Konsekwencją przyjęcia takiej interpretacji są tezy poszerzające zakres logopedycznego diagnozowania. Język bowiem wiedzie wprost do umysłu człowieka: jego możliwości poznawczych, emocji i chceń. Zachowania językowe pozwalają też oceniać aktywność ludzką poprzez opis możliwości przekazu i sposobu istnienia jednostki w grupie społecznej.

## JĘZYK W DIAGNOZOWANIU LOGOPEDYCZNYM

Oto formuły istotnych dla logopedii tez:

1. Język jest ścieżką prowadzącą do poznawczych czynności człowieka: jego zasobu wiedzy o sobie i o świecie, struktury tej wiedzy w umyśle i sposobu korzystania z niej w interakcji.

2. Język jest ścieżką wiodącą do ludzkich emocji i chceń. Badając przekaz wiedzy o sobie i o świecie innych uczestników życia społecznego, jesteśmy w stanie orzekać o intencjach jednostki, ich układzie w umyśle i o możliwościach werbalnego i niewerbalnego realizowania tego przekazu.

3. Zachowania językowe wyznaczają i obrazują możliwości istnienia człowieka w grupie społecznej. Badając te zachowania, oceniamy stopień socjalizacji jednostki.

---

<sup>2</sup> Szerzej na ten temat S. Grabias, *Perspektywy opisu zaburzeń mowy*, [w:] *Zaburzenia mowy. Mowa, teoria, praktyka*, red. S. Grabias, t. 1, Lublin 2001.

Poszerzmy nieco tok rozważań. W naukowej refleksji bowiem, bardziej niż powielanie obiegowych sądów, liczy się umiejętność odnajdywania problemów. Pozostając w zgodzie z pozytywistycznymi postulatami badań naukowych, przyjmuję, że diagnozowanie wymaga dwojakiego rodzaju technik badawczych. Jedną z nich jest deskrypcja, czyli rejestracja i opis stanów oraz zachowań badanej osoby, a drugą interpretacja, polegająca na włączeniu zarejestrowanych stanów i zachowań w perspektywę wiedzy objaśniającej ich istotę<sup>3</sup>.

Dla logopedy sferę deskrypcji stanowią zachowania językowe. Winien je zarejestrować i opisać. Pole interpretacji zaś pozwala logopedzie objaśniać opisane wcześniej zachowania na podstawie ogólnej wiedzy o człowieku, wiedzy budowanej przez wyspecjalizowane dyscypliny (np. wiedzy medycznej, psychologicznej, pedagogicznej) oraz na podstawie informacji opiekunów. Informacje te zwykle weryfikują zarejestrowaną wiedzę deskryptywną i pomagają w interpretacji. Obydwie procedury — deskrypcja i interpretacja prowadzą do diagnozy wstępnej, pozwalającej orzekać o stanach umysłu badanej osoby, o ewentualnych uszkodzeniach mózgu i układów wykonawczych związanych z mową i życiem społecznym.

#### DIAGNOZOWANIE CZYNNOŚCI UMYSŁOWYCH. JĘZYKOWY OBRAZ ŚWIATA

Dla rozpoznania możliwości poznawczych szczególnie przydatna jest analiza słownictwa, kształt struktur pojęciowych w umyśle człowieka oraz sposób budowania wypowiedzi narracyjnych.

##### 1. Sprawność leksykalna

W języku, jak wiadomo, zawarta jest kulturowa segmentacja świata. Słowa odsyłają do desygnatów i wyznaczają relacje między nimi. W budowaniu relacji umysłowych szczególną dyskretnością odznaczają się konstrukcje słowotwórcze. Z pewnością możemy powiedzieć, że zasób leksykalny jednostki jest indeksem jej wiedzy o świecie i oznaką rozumienia relacji między zjawiskami.

Niewątpliwym objawem zaburzenia jest minimalizacja zasobu leksykalnego obserwowana niemal we wszystkich przypadkach opóźnień rozwoju mowy oraz w rozpadzie umysłu (choroba Alzheimera, afazja), jego swoiste ukierunkowanie w umyśle na jakąś sferę rzeczywistości (fiksacja w zespole Aspergera) lub uproszczenie struktury znaczeniowej wyrazu do relacji wyraz — desy-

<sup>3</sup> Por. S. Grabias, *Logopedia — jej przedmiot i stopień zaawansowania refleksji metanaukowej*, [w:] *Przedmiot logopedii*, red. S. Grabias, seria: Komunikacja językowa i jej zaburzenia 1, Lublin 1991.

gnat. Wyraz staje się wówczas tylko etykietą rzeczy. Taki właśnie układ: wyobrażenie dźwięku z pomocą ruchu warg, odsyłające do rzeczy, buduje w umyśle ludzkim głuchota. Pozbawia człowieka tych relacji między de-sygnatami, które są wyznaczone w języku za pomocą kategorii słotwórczych<sup>4</sup>.

## 2. Sprawność semantyczna

Wszelkie ludzkie doświadczenia są przez mózg porządkowane w pojęcia. Z badań prowadzonych nad strukturą pojęć wynika, że zdrowy mózg porządkuje doświadczenia według uspołecznionego schematu, mózg chory porządkuje wiedzę po swojemu, dalece subiektywnie. Definicja kognitywna danego zjawiska, wydobyta z wypowiedzi na jego temat zaświadcza o sposobie porządkowania wiedzy przez badaną osobę. Wydaje się też, że do dziesiątego roku życia ustala się rozwojowa norma porządkowania doświadczeń.

Oto dwie odrębne struktury pojęć wyeksplikowane z wypowiedzi dzieci. Jedna dotyczy sposobu porządkowania wiedzy na temat postaci — pojęcie dziadka (struktura opracowana na podstawie wypowiedzi dzieci sześćioletnich), druga na temat bytu abstrakcyjnego — pojęcie kłamstwa (na podstawie wypowiedzi dzieci dziesięcioletnich). Materiał w prezentowanych przykładach jest tylko wyborem wypowiedzi ilustrujących strukturę.

### Dziadek

1. Kto to jest dziadek; formuła definicyjna („dla mojej mamy tata”, „ktoś, kto jest podobny do babci”, „to taka osoba dobra”).

2. Jak wygląda? („wygląda fajnie”, „jest taki duży”, „ma białe włosy”, „jest taki stary”).

3. Jaki jest? („kocha swoje wnuczki”, „kupuje mi różne rzeczy”, „lubi mnie słuchać”, „jest fajny”, „nie może mówić brzydkich wyrazów”).

4. Co robi?: z wnukami („opowiada mi bajki”, „chodzi z nami na spacer”).

bez wnuków: („ma bardzo dużo spraw”, „robi mi figurki z drzewa”, „robi wszystko co chce”).

5. Gdzie mieszka? („ma swój dom, taki duży”, „w swoim mieszkaniu, ale do mnie przychodzi”).

### Kłamstwo

1. Co to jest kłamstwo?; formuła definicyjna („kiedy nie mówimy prawdy”, „kiedy coś błędnie mówimy”, „kiedy mówimy, że coś zrobił, a nie zrobił”).

<sup>4</sup> Na temat świadomości słotwórczej i roli kategorii słotwórczych w umyśle osób niesłyszących pisze E. Muzyka w książce: *Konstrukcje słotwórcze w świadomości językowej dzieci niesłyszących*, seria: *Komunikacja językowa i jej zaburzenia* (w druku).

2. Ten, kto kłamie („człowiek”, „przyjaciółka”, „szatan”).
3. Cechy tego, kto kłamie („czasami podnosi głos”, „pocą mu się ręce”, „jest nieuczciwy”).
4. Powody kłamstwa („bo jesteśmy źli”, „żeby się podobać”, „bo bez kłamstwa nie da się żyć”, „żeby było nam lepiej”).
5. Okoliczności kłamstwa („bo ktoś nas zmusza”, „bo nie chcemy, żeby było mu przykro”).
6. Skutki kłamstwa („smutek”, „krzywda”, „złość”, „i ludzie go nie lubią”, „i ktoś idzie do więzienia”).

Struktury prezentowanych pojęć — dziadka i kłamstwa — są uniwersalne. Z łatwością można je wydobyć z wypowiedzi każdego dziecka pozostającego w normie rozwojowej. Wypowiedzi dzieci z uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu odzwierciedlają tylko niektóre kategorie prezentowanych struktur. Zawsze też odznaczają się ubóstwem środków językowych i brakiem formuł definicyjnych<sup>5</sup>.

### 3. Sprawność narracyjna

Narracja, jej struktura i sposób porządkowania wiedzy, zaświadcza o pełni umysłowych możliwości człowieka. Dostarcza informacji na temat sposobów intelektualizowania doznań zmysłowych (budowanie w tekście odniesień do postrzeganej rzeczywistości), logicznego lub nielogicznego porządkowania zdarzeń (tworzenie linii narracji), układania zdarzeń w całość strukturalną (narracja musi się jakoś rozpocząć i zakończyć, a ciągi zdarzeń winny tworzyć wydarzenie kulminacyjne, będące zwykle komplikacją linii narracyjnej). Wreszcie zaświadcza o kreatywnej lub pasywnej postawie badanej osoby wobec zdarzeń i ich uczestników (ten komponent interpretowania narracji nazywany „pejzażem psychicznym”, wskazuje na umiejętność ożywiania postaci w tekście)<sup>6</sup>.

Narracja jest najtrudniejszą formą ludzkiej aktywności językowej, odznacza się bowiem zamkniętą strukturą o niezwykle rozbudowanej kompozycji. Dla celów diagnostycznych, kierując się badaniami B. Bokusa, zaproponowa-

<sup>5</sup> Szczegółowe badania na ten temat zawarte są w rozprawie doktorskiej U. Jęczeń, *Językowa projekcja emocji. Na przykładzie wypowiedzi dzieci upośledzonych umysłowo i dzieci w normie intelektualnej* (przygotowana do druku). Struktury pojęć: dziadek i kłamstwo przytaczam na podstawie rozpraw magisterskich pisanych na moich seminariach.

<sup>6</sup> Por. na ten temat wyczerpujące badania B. Bokusa i ich wyniki opublikowane szczególnie w książkach: *Tworzenie opowiadań przez dzieci: o linii i polu narracji*, Kielce 1991; *Sunat fabuły w narracji dziecięcej*, Warszawa 2000. Nieco inny sposób interpretowania wypowiedzi narracyjnych zaprezentował T. Woźniak, zob. *Narracja w schizofrenii*, Lublin 2005.

łem w „Logopedycznym teście przesiewowym”<sup>7</sup> następujący układ komponentów opowiadania:

- inicjacja: formuła rozpoczynająca opowiadanie (*Było tak... Pewnego razu...*),
- ekspozycja: wypowiedzi prezentujące sytuację (*Jest zamrożony staw. Dzieci bawią się na lodzie.*),
- komplikacja: kulminacyjne zdarzenie opowiadania (*Lód się załamał i Jasio wpadł do wody, i zaczął się topić.*),
- rozwiązanie: sposób wyjścia z komplikacji (*Pan się położył i podał Jasiowi kij.*),
- coda: formuła kończąca opowiadanie (*I dzieci już nie będą wchodziły na lód.*).

Sprawność narracyjna wymaga świadomości pełnej struktury wypowiedzi i interakcyjnej techniki jej realizowania: umiejętnego zsynchronizowania środków werbalnych i niewerbalnych. Dla większości osób obarczonych zaburzeniami mowy satysfakcjonująca wypowiedź narracyjna pozostaje poza ich możliwością. I tak np. rozpad umysłu w afazji lub chorobie Alzheimera zupełnie dezintegruje narrację. Staje się ona niedostępna osobom niesłyszącym, dzieciom z autyzmem, osobom obarczonym upośledzeniem umysłowym. Stanowi trudność nie do pokonania dla dzieci z opóźnieniem rozwoju mowy.

W związku z tym, diagnozowanie sprawności językowych na przykładach opowiadań wymuszonych historyjką obrazkową lub opisów wymuszonych obrazkiem, musi przynieść zaniżony wynik oceny tych sprawności. Umiejętność opowiadania u dzieci w normie intelektualnej pojawia się, co prawda, już w szóstym roku życia, ale umiejętność opisu dopiero w roku dziesiątym.

Informacje wynikające z analizy tych trzech komponentów zachowań językowych (słownictwa, struktury pojęć i możliwości narracyjnych) świadczą o obrazie rzeczywistości w umyśle ludzkim. Pozwalają orzekać o tym, czy badana osoba pozostaje w świecie uspołecznionym, objaśnianym za pomocą potocznych wyobrażeń, czy też ewentualnie tkwi w świecie subiektywnie zamkniętym, budowanym na miarę możliwości uszkodzonego mózgu (co najwyraźniej widać w schizofrenii, w chorobie Alzheimera, w autyzmie).

Eksplikacja obrazu świata badanej osoby, wydobyta przez logopedę z zachowań językowych, wiedzie wprost do oceny możliwości socjalizacyjnych jednostki. Pozwala stawiać pytanie: na ile ta osoba jest w stanie poradzić sobie w życiu społecznym?

---

<sup>7</sup> S. Grabias, M. Kurkowski, T. Woźniak, *Logopedyczny test przesiewowy dla dzieci w wieku szkolnym*, Lublin 2002.



## DIAGNOZOWANIE PRZEKAZU. REALIZACJA INTENCJI

Akt komunikacji jest przekazem wiedzy o sobie i o świecie innym uczestnikom życia społecznego. Jest on zawsze aktem ujawnianych intencji<sup>8</sup>. Analiza zachowań komunikacyjnych pozwala dotrzeć logopedzie i do samych intencji, i do sposobów ich realizowania.

## 1. Intencje i ich realizacje

Problem intencji jest w refleksji naukowej niezwykle skomplikowany. W mojej propozycji wychodzę z założenia, że wszelkie chcenia, jakie człowiek poprzez swoje zachowania realizuje, da się sprowadzić do czterech następujących typów: a) intencji informowania (*chcę, żebyś wiedział, że...*; realizują ją akty mowy opisujące rzeczywistość: *To jest samochód. Pies jest sympatyczny.*); b) intencji działania (*chcę zmiany danego stanu; realizują ją akty wykonawcze typu: Idziemy do kina. Zrób herbatę.*); c) modalności (realizują ją akty wskazujące na realność zjawiska: *Jestem pewien... , Wątpię, że... , Wydaje mi się, że...*); d) emocji (stany emocjonalne nadawcy są zawsze obecne w wypowiedzi; odczytujemy je na zasadzie: *Czuję gniew. Czuję radość. Czuję rozpacz.*)<sup>9</sup>.

Pewne jest, że intencje stanowią strukturę: jakościowy i ilościowy układ chcień ujawniający się w zachowaniach człowieka, i że człowiek pozostający w umysłowej i zmysłowej normie jest determinowany w swych zachowaniach tym właśnie układem. Uszkodzony mózg zmienia strukturę intencji i swoiście generuje ludzkie chcenia.

Diagnozowanie przekazu, to najpierw ocena układu intencji badanej osoby, a następnie ocena werbalnych i niewerbalnych środków ich realizacji. I tak np. struktura intencji dziecka z autyzmem zdecydowanie odbiega od układu intencji dziecka z zespołem Downa. Z badań wynika, że główna różnica dotyczy potrzeby informowania oraz potrzeby przekazywania emocji<sup>10</sup>. Zdecydowanie też różnicują się sposoby realizowania intencji i to zarówno w sferze zachowań werbalnych, jak i niewerbalnych.

<sup>8</sup> Zakładam, że każde zachowanie językowe jest aktem intencjonalnym, a intencja w wypowiedzi jest jawna albo w swoisty sposób ukryta, ale dostępna odbiorcy w aktach skutecznych. Zachowania nieintencjonalne, będące efektem biologicznego przymusu, jak w autyzmie (np. wielokrotne powtarzanie tej samej frazy), są zachowaniami echolalicznymi.

<sup>9</sup> Dokładnie na ten temat zob.: S. Grabias, *Język w zachowaniach społecznych*, Lublin 2003, rozdz.: *Cel wypowiedzi*, s. 289 i n.

<sup>10</sup> Emocje, jak wiadomo, mogą być przekazywane intencjonalnie (w wypowiedziach

W zachowaniach dzieci z autyzmem i dzieci z zespołem Downa obserwujemy względną harmonię użycia słowa i środków niewerbalnych. W zachowaniach dzieci z porażeniem mózgowym obydwie te przekazy, słowny i gestyczno-mimiczny, stają się układami niezależnymi, często sprzecznymi, co zdecydowanie utrudnia proces odczytywania intencji i niweczy tym samym skuteczność aktu mowy.

Modalność w schizofrenii odznacza się z reguły zupełną pewnością sądu osoby chorej. Modalność w afazji zaś wynika z odmiennej, przeciwstawnej postawy i ujawnia się jako nieustanna wątpliwość.

Układ intencji zawarty w zachowaniach dziecka zaświadcza o stopniu harmonijnego rozwoju umysłu. Struktura intencji w rozpadzie umysłu jest obrazem jego dezintegracji (w chorobie Alzheimera, wraz z jej rozwojem zanikają wszelkie potrzeby).

## 2. Czynności mówienia

Tradycyjna diagnoza przekazu ograniczała się do oceny czynności mówienia i do wyszukiwania agramatyzmów w tekstach badanej osoby. I dalej pozostaje ona istotna w diagnozowaniu logopedycznym, jeśli się uwzględni przynajmniej następujące komponenty:

— motorykę narządów mowy: jej obniżona sprawność zaświadcza o porażeniach lub o anomaliach w budowie tych narządów;

— wymowę: stan wymowy wynika z układu kilku czynności: słuchu fonematycznego (zaświadcza o pełnej lub niepełnej strukturze fonemów w umyśle), sposobu realizacji pełnego inwentarza fonemów (realizacja fonemów w pozycji podstawowej pozwala ustalić zestaw wariantów fonologicznych i zinterpretować je jako głoski normatywne, deformacje lub substytucje), procesu koartikulacji zachodzącej w grupach spółgłoskowych<sup>11</sup> (zaburzenia koartikulacji zaświadcza o dysglosji, dyslalii, dyzartrii lub niedosłuchu);

— prozodię mowy: odbiegająca od normy realizacja intonacji, tempa mówienia, budowania pauz zaświadcza o uszkodzeniu mózgu, o niedosłuchu lub dyzartrii, jest stałym objawem jąkania.

Teoria komunikacji, szczególnie socjolingwistyka dostarczyła logopedzie jeszcze jednego narzędzia oceny możliwości przekazu. Jest nim badanie sprawności dialogowej.

## 3. Sprawność dialogowa

Dialog, najważniejsza forma ludzkiej aktywności językowej, jest osnową procesu socjalizacji. To w dialogu dziecko poznaje świat i uczy się języka.

---

<sup>11</sup> Pełny opis grup spółgłoskowych polszczyzny zawiera książka S. Milewskiego, *Lingwistyczne i dydaktyczne aspekty analizy fonemowej*, seria: Komunikacja językowa i jej zaburzenia, t. 17, red. S. Grabias, Lublin 1999.

Od pierwszych chwil życia poprzez dialog wchodzi w społeczne interakcje najpierw za pomocą środków niewerbalnych, z czasem także za pomocą słowa. W związku z tym, jego struktura i realizacja może dostarczać wiedzy na temat umysłowego i społecznego rozwoju jednostki, także na temat stopnia opanowania języka.

Wypowiedź dialogowa jest tematycznie otwarta. Uczestnicy dialogu mogą bez trudu przechodzić w rozmowie od jednego wątku tematycznego do innych. Jest ona nieprzewidywalna ani pod względem treściowym ani pod względem czasu trwania. Wymaga tylko zwykle nieuświadomionej wiedzy o istnieniu minimalnej struktury interakcyjnej i umiejętności wypełniania tej struktury tworzywem werbalnym i gestyczno-mimicznym. Strukturę tę można ująć w następujący model: inicjacja — reakcja — coda<sup>12</sup> (Matka: *Idziemy na spacer?* Dziecko: *Na huśtawki!* Matka: *No to idziemy.*). Każdy z komponentów tej struktury może przyjmować swoistą postać formalną (np. brak cody, niepełna reakcja) i w zależności od interakcyjnych możliwości badanej osoby jest schematycznie lub kreatywnie wypełniany słowem, gestem i zachowaniem mimicznym.

W rozmowach z dziećmi pozostającymi w normie intelektualnej i zmysłowej realizacja dialogu w działaniu (np. z dzieckiem podczas malowania) znacznie różni się od realizacji dialogu zintelektualizowanego (np. z dzieckiem podczas opowiadania bajki) i samą strukturą, i długością wątków tematycznych, i wreszcie nierównorzędnym udziałem słów w relacji do środków gestyczno-mimicznych. Wypowiedzi dialogowe w zaburzeniach mowy przyjmują swoiste postacie w zależności od rodzaju dysfunkcji (inne np. w głuchocie, inne w chorobie Alzheimera i zupełnie inne w schizofrenii). U dzieci z opóźnieniem rozwoju mowy są uproszczone pod względem strukturalnym i ubogie w tworzywo interakcyjne.

#### 4. Językowa sprawność społeczna

W interakcji językowej tkwią szerokie możliwości subtelnego diagnozowania socjolingwistycznej kompetencji językowej, która jest istotnym komponentem procesu społecznego przystosowania. Socjolingwistyka wprowadziła do opisu interakcji pojęcie językowych ról społecznych, które wymagają od jej uczestników znajomości wzorów interakcyjnych i umiejętności doboru środków językowych w zależności od tego, do kogo przekaz jest kierowany (inaczej toczą się rozmowy z dziećmi, inaczej z dorosłymi w zależności od te-

<sup>12</sup> Na temat metodologii opisu dialogu zob.: J. Warchala, *Dialog potoczny a tekst*, Katowice 1991; B. Boniecka, *Struktura i funkcje pytań w języku polskim*, seria: Komunikacja językowa i jej zaburzenia, t. 18, red. S. Grabias, Lublin 2000; A. Domagała, *Zachowania językowe w demencji*, seria: Komunikacja językowa i jej zaburzenia, t. 20, red. S. Grabias, Lublin 2007.

go, czy są to osoby mówiącemu bliskie, czy nieznanne; w oficjalnych układach społecznych — inaczej z podwładnymi, inaczej z przełożonymi)<sup>13</sup>.

Rozpad umysłu w chorobie Alzheimera w zupełności niweczy umiejętność realizowania językowych ról społecznych<sup>14</sup>. We wszelkiego typu opóźnieniach rozwoju mowy (w upośledzeniach umysłowych, w głuchocie, w alalii, w autyzmie) wiedza na temat wzorców społecznego przekazu wykształca się z trudem i zwykle pozostaje na poziomie wiedzy namiastkowej.

#### DESKRYPCJA A INTERPRETACJA

Kończąc ten uproszczony z konieczności opis deskrypcji należy stwierdzić, że jest ona najważniejszym komponentem logopedycznego diagnozowania. Wyłącznym polem działania logopedy, bo tylko on ma stosowne kompetencje do oceny zaburzonych zachowań komunikacyjnych oraz narzędzia przystosowane do potrzeb rejestracji i opisu rozmaitych przejawów tych zachowań<sup>15</sup>.

Deskrypcja w postępowaniu logopedycznym pozwala realizować dwa cele: a) dostarcza niezbędnych przesłanek do końcowej diagnozy, jaką jest orzeczenie o typie zaburzenia; b) ujawnia układy sprawności językowych i ich zakłócenia w przebiegach interakcyjnych, co pozwala programować terapię, a następnie ją prowadzić.

Drugą procedurą diagnostyczną jest interpretacja. Logopeda wyposażony w deskryptywną wiedzę na temat zachowań językowych musi orzec o typie zaburzenia na podstawie analizy wyników badań specjalistycznych (lekarskich, audiologicznych, psychologicznych) oraz na podstawie wywiadu rodzinnego. Tylko wywiad dostarcza prawdopodobnej wiedzy na temat rodzinnych predyspozycji genetycznych, także na temat okresu życia jednostki, w którym doszło do biologicznych uszkodzeń. Procedura nazwana w modelu postępowania logopedycznego „diagnozą różnicową” wynika z wiedzy i doświadczeń logopedy, który musi często odgraniczać zaburzenia podobne w swych objawach.

Procedury programowania terapii i samego postępowania terapeutycznego są jasne i nie wymagają specjalnego komentarza. Do obowiązków logope-

<sup>13</sup> Układ językowych ról społecznych opisałem dokładnie w książce: *Język w zachowaniach społecznych*, Lublin 2003, rozdz.: *Społeczna pozycja odbiorcy*, s. 268 i n.

<sup>14</sup> Wyczerpującą interpretację zachowań komunikacyjnych w chorobie Alzheimera przedstawiła A. Domagała, *op. cit.*

<sup>15</sup> I nikt w tym względzie nie jest równym dla logopedy partnerem. Jego kompetencja bowiem wynika z przedmiotu badań logopedii. Są nimi zaburzenia mowy, które pozostają poza zakresem badawczym dyscyplin pokrewnych, takich jak lingwistyka, psycholingwistyka, socjolingwistyka. W kompetencji nauk medycznych pozostaje człowiek w swoim uwikłaniu biologicznym. Logopedia zaś śledzi udział języka w kształtowaniu umysłu jednostek (w ich zróżnicowanej kondycji biologicznej) i w budowaniu relacji społecznych.

dy należy sformułowanie celów terapii, metod postępowania, i co niezwykle ważne, wyznaczenie jej mierzalnych etapów. Wszystkie zabiegi postępowania terapeutycznego muszą być dokumentowane i nieustannie dobierane do możliwości człowieka poddanego tym zabiegom.

#### TYPOLOGIA ZABURZEŃ MOWY

W praktyce logopedycznej zawsze ujawnia się dylemat formułowany w pytaniu o typologię zaburzeń mowy: stosować typologie zawarte w międzynarodowych klasyfikacjach chorób<sup>16</sup> czy odwoływać się do klasyfikacji opracowanych na użytek teorii i praktyki logopedycznej?

Od lat opowiadam się niezmiennie za „logopedyczną klasyfikacją zaburzeń mowy” i prezentuję ten sam sposób argumentowania, który ciągle wydaje się aktualny<sup>17</sup>. Każda typologia jest zawsze konstruktem poznawczym, segmentującym przestrzeń badawczą. Jeśli tą przestrzenią są zaburzenia mowy, to ich opis może dotyczyć objawów zaburzeń, ich przyczyn albo sposobów postępowania naprawczego.

W rozmaitych klasyfikacjach ujawniają się różne proporcje tego układu i przechylają się w opisach albo na korzyść przyczyn (np. typologia zaproponowana przez I. Styczek), albo na korzyść objawów (w polskiej literaturze typologia L. Kaczmarka), albo wreszcie na korzyść procedur terapii.

Klasyfikacje medyczne, o których mówimy, są opisami przyczyn. Ujawniają, że zaburzenie mowy może być skutkiem działania jednej, wyizolowanej przyczyny, albo skutkiem zespołu przyczyn, które zaburzają funkcjonowanie czynności ważących na całościowym rozwoju człowieka.

Jasne jest, że przyczyny zaburzeń mowy zawsze tkwią w strukturach i czynnościach biologicznych, a te pozostają w kompetencji dyscyplin zaliczanych do medycyny. Nauki medyczne jednak z trudem docierają do umysłu, a zachowania językowe w zupełności wymykają się metodom wypracowanym przez te nauki. Klasyfikacje medyczne są zbyt zamknięte na subtelne komponenty zjawiska ujmowanego terminem „mowa”. Jestem przeświadczony, że logopeda wyposażony w umiejętność diagnozowania procesów poznawczych, programowania i prowadzenia terapii, jest w stanie budować język w umyśle ludzkim, usprawniać jego realizację i stabilizować rozpad w sytuacjach

<sup>16</sup> Por. *Międzynarodowa statystyczna klasyfikacja chorób — ICD-10*, Genewa 1992; *Diagnostyczna i statystyczna klasyfikacja zaburzeń psychicznych — DSM-IV*, Waszyngton 1994.

<sup>17</sup> Zawarłem go w artykule: *Perspektywy opisu zaburzeń mowy*, [w:] *Zaburzenia mowy*, seria: *Mowa, teoria, praktyka*, t. 1, red. S. Grabias, Lublin 2001. W artykule tym prezentuję „logopedyczną klasyfikację zaburzeń mowy” i rozbudowaną charakterystykę poszczególnych zaburzeń.

uszkodzeń mózgu. Są to strategie postępowania logopedycznego, do których dobiera on metody i środki postępowania w zależności od przyczyn i objawów zaburzenia.

Oto klasyfikacja zaburzeń mowy porządkująca postępowanie logopedyczne:

1. Zaburzenia mowy związane z niewykształconą kompetencją (kulturową wiedzą o świecie i o sobie, językową — umiejętnością budowania zdań gramatycznie poprawnych, komunikacyjną — umiejętnością budowania wypowiedzi). Postępowanie logopedyczne zawiera się w strategii budowania wszystkich lub tylko niektórych kompetencji:

— głuchota i niedosłuch: kompetencje nie wykształcają się w związku z niewłaściwie funkcjonującym słuchem fizycznym;

— alalia i dyslalia: kompetencje nie wykształcają się w związku z niewłaściwie funkcjonującym słuchem fonematycznym (alalia dotyczy wszystkich typów kompetencji, dyslalia jest tylko zaburzeniem realizacji językowej struktury fonologicznej);

— oligofazja: kompetencje nie wykształcają się w związku z niedorozwojem umysłowym;

— autyzm: kompetencje nie wykształcają się w związku z dysfunkcją mózgu.

Jasne jest, że w każdym konkretnym przypadku chodzi o różny stopień kompetencji, ale zawsze niewystarczający do prawidłowej realizacji wypowiedzi.

2. Zaburzenia mowy związane z brakiem lub niedowładem sprawności realizacyjnych. Postępowanie logopedyczne zawiera się w strategii usprawniania różnych komponentów sprawności językowej i komunikacyjnej:

— dysglosja: wynika z anomalii tkwiących w budowie narządów mowy: rozszczep podniebienia i wargi górnej, wady zgryzu, język unieruchomiony wędzidełkiem, usunięcie krtani;

— jąkanie i gielkot: zaburzenie płynności mówienia powodowane wielorakimi przyczynami natury organicznej i wzmacniane logofobią;

— dyzartria: związana z porażeniami mózgowymi (zaburzeniami procesów sterujących pracą narządów wykonawczych).

Wszystkie zaburzenia w tej grupie prowadzą do niepełnego, a czasem tylko namiastkowego wykorzystywania zdobytych kompetencji.

3. Zaburzenia związane z rozpadem systemu komunikacyjnego. Postępowanie logopedyczne mieści się w strategii stabilizowania możliwości interak-

— afazja: wynika z mechanicznych uszkodzeń mózgu, a jej objawem bywa rozpad kompetencji językowej, zburzenia kompetencji komunikacyjnej lub trudności realizacyjne;

— schizofazja: jest wynikiem schizofrenii, jej swoistość ujawnia się w narracji i rozchwianej spójności wypowiedzi dialogowych;

— demencja: jest wynikiem zamierania neuronów i układów synaptycznych; najwyraźniej ujawnia się w chorobie Alzheimera i prowadzi do zaniku narracji, obniżenia sprawności dialogowej, dezintegracji wiedzy o relacjach społecznych i w związku z tym do rozpadu „językowej sprawności społecznej”.

Ta właśnie typologia, którą nazywam „logopedyczną klasyfikacją zaburzeń mowy”, wyznaczyła w niniejszym tomie „Logopedii” propozycję standardów postępowania logopedycznego.