

DANUTA PLUTA-WOJCIECHOWSKA

Uniwersytet Śląski
Instytut Językoznawstwa

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-0425-6006>

Dlaczego o dyslalii trzeba dziś mówić inaczej? O trzech ujęciach dyslalii w polskiej logopedii

Why do We Need to Talk Differently about Dyslalia Today?
On Three Approaches to Dyslalia in Polish Speech Therapy

STRESZCZENIE

Autorka przedstawia analizę zmian postępowania w przypadku osób z zaburzeniami realizacji fonemów, które zaszły/zachodzą w polskiej logopedii. Przedstawia kontekst, w jakim rozwija się polska logopedia, co ma związek z możliwościami (a także z zagrożeniami), łączącymi się z niekontrolowanym rynkiem różnorodnych szkoleń, webinarów, przestrzenią wymiany opinii rozmaitych specjalistów, formułujących swoje opinie w internecie i nie tylko (np. facebook, strony internetowe udzielające porad na temat zaburzeń mowy, w tym wad wymowy). W kolejnej części opracowania autorka przedstawia trzy ujęcia zaburzeń realizacji fonemów, a mianowicie: ujęcie tradycyjne, ujęcie nowe i – co jest dopełniającą perspektywą analizy – ujęcie tradycyjne pudrowane. Pracę kończą wnioski i postulaty dotyczące rozwoju logopedii w jej wymiarze naukowym i związanym z kształceniem.

Słowa kluczowe: rozwój logopedii, zaburzenia realizacji fonemów, różne ujęcia dyslalii, dyslalia, wady wymowy, teoria i praktyka dyslalii, kształcenie logopedów

SUMMARY

The author presents an analysis of changes in the approaches that have occurred in Polish speech therapy towards patients with phoneme realization disorders. One presents the context in which Polish speech therapy is developing, which is related to the opportunities (and also the threats) that are associated with the uncontrolled market of various trainings, webinars, the space for exchanging opinions of numerous specialists formulating their views on the Internet and

in other sites (e.g. Facebook , websites providing advice on speech disorders, including speech impediments). In the next part of the study the author presents three perspectives of phoneme realization disorders, namely: the traditional perspective, the new perspective and - which is a complementary view of the analysis - the traditional powdered perspective. The work ends with conclusions and postulates regarding the development of speech therapy in its academic and educational dimension.

Key words: development of speech therapy, disorders of phoneme realization, various perspectives of dyslalia, dyslalia, speech defects, theory and treatment of dyslalia, education of speech therapists

WPROWADZENIE

Jubileusz Pani Profesor Barbary Ostapiuk stał się okazją do pewnych podsumowań odnoszących się nie tylko do Jej działalności naukowej, organizacyjnej i dydaktycznej, ale również refleksji związanej z przedmiotem badań Jubilatki, a mianowicie dyslalii, w szczególności dyslalii ankyloglosyjnej. Przygotowując tekst opracowania, rozważałam użycie w tytule słowa „należy” (zamiast „trzeba”), które profilując inną intencję, mniej stanowczo wyrażałoby moją – i nie tylko moją – opinię na temat nowego ujęcia dyslalii, a właściwie jego – jakże częstej – wręcz nieobecności w programach studiów logopedycznych. Biorąc pod uwagę różne okoliczności – przede wszystkim liczbę i jakość najnowszych badań zaburzeń realizacji fonemów, a nieznanymi wielu studentom logopedii i logopedom – zdecydowałam (i jestem o tym przekonana), że w tytule publikacji należy użyć słowa „trzeba”. A zatem o dyslalii TRZEBA dziś mówić inaczej.

Przygotowane opracowanie służy uporządkowaniu funkcjonujących różnych perspektyw analizy zaburzeń artykulacji. Problem ten podejmowałam już wcześniej w swoich publikacjach (2019a, 2019b, 2020a, 2020c, 2022a, 2022b; por. Ostapiuk 1997, 2013ab; Konopska 2006, 2015; Sambor 2021; Trzaskalik 2016, 2017; Malicka 2019), jednak nowe doświadczenia, dyskusje z logopedami oraz własne przemyślenia prowadzą do refleksji, że analizowane zagadnienie można jeszcze inaczej kategoryzować niż w dotychczasowych publikacjach.

NOWA, ZMIENIAJĄCA SIĘ RZECZYWISTOŚĆ

Zaburzenia realizacji fonemów można analizować w rozmaity sposób, biorąc pod uwagę np. sposób prowadzenia diagnozy oraz terapii logopedycznej. Będzie o tym mowa w kolejnych częściach publikacji. Można też przedstawiać kontekst, w jakim odbywa się kształcenie logopedów, także w zakresie dyslalii oraz rozwój logopedii jako nauki.

Koniecznym jest zatem podkreślić, że współcześnie prowadzone badania naukowe i kształcenie logopedów przebiegają w innych warunkach niż kilkadzie-

siąt lat temu, gdy były tworzone podwaliny polskiej logopedii, a J.T. Kania formułował tezy o wadach wymowy (podział na substytucje, deformacje i elizje), które wyznaczyły na wiele lat kanony (dodałabym – niewystarczające i budzące wątpliwości) myślenia na temat zaburzeń realizacji fonemów. Przyjęto także – jako model terapii – propozycję Van Rippera i J.V. Irwina (1970). Jego osnową są trzy etapy terapii wad wymowy, a mianowicie: przygotowanie narządów mowy do wywołania głoski, wywołanie głoski i następnie jej automatyzacja¹. Ten model terapii jest także popularyzowany od kilkudziesięciu lat w Polsce (np. Styczek 1981, Sołtys-Chmielowicz 2008; Rodak 1992; Demel 1978; Michalak-Widera 2007, 2012), pomimo braku badań określających poziom jego efektywności.

Polska logopedia, w tym koncepcja diagnozy i terapii wad wymowy, zmieniła się od czasów J.T. Kani oraz Van Rippera (1970) i I. Styczek (1981), co nie zawsze jest odzwierciedlone w programach kształcenia logopedów czy innych formach doskonalenia zawodowego, a także projektach badawczych. Teza o tym, że współczesnej logopedii w aspekcie naukowym i związanym z kształceniem towarzyszy inny kontekst niż kilkadziesiąt, a nawet kilkanaście lat temu wydaje się truizmem, jednak koniecznym do przywołania, aby w dalszym ciągu rozważań ilustrować nie tylko nowe okoliczności rozwoju logopedii, ale też wynikające z tego – oprócz niewątpliwych zalet – zagrożenia. Na pewne wątki związane z tym tematem zwracano uwagę już wcześniej (zob. Ostapiuk, Pluta-Wojciechowska, Grabias, Woźniak 2018; Pluta-Wojciechowska 2022a; Pluta-Wojciechowska 2022b), a zatem niniejsza publikacja jest także głosem w dyskusji na temat uwarunkowań rozwoju logopedii, również w aspekcie kształcenia.

Przed logopedią, a także innymi naukami, pojawiają się nowe wyzwania wynikające z szybko zmieniającej się rzeczywistości, o czym obszernie pisałam np. w 2022 roku². Wskazując najważniejsze zjawiska, można wymienić: różne

¹ Zob. analizy tradycyjnych metod terapii wad wymowy, np. Bunton 2008; Brackenbury, Burroughs, Hewitt 2008; Brumbaugh, Smit 2013; Gúthová, Šebianová 2002; Forrest 2002; Lof 2003, 2008, 2009; Powell 2008;

Ostapiuk 2013b; Pluta-Wojciechowska 2019ab, 2020ac; Pluta-Wojciechowska, Sambor 2018.

² Omawiając niepokojące zjawiska wymieniałam:

- „różne (opaczne) rozumienie interdyscyplinarności logopedii (zob. rozważania na temat interdyscyplinarności rabunkowej czy butikowej: Koczanowicz 2011; Kita 2012.; Michalik 2015; Pluta-Wojciechowska 2022b),
- w obliczu zagubienia, co do posiadanych kompetencji, „odchodzenie” części logopedów od logopedii: przejmując zadania nielogopedyczne charakterystyczne dla np. lekarzy czy fizjoterapeutów, stają się kimś pomiędzy logopedą a lekarzem czy fizjoterapeutą lub specjalistą integracji sensorycznej,
- nieuregulowana współpraca z innymi specjalistami, np. lekarzami, która rodzi / rodzić może nieuzasadnioną asymetryczną relację logopedy i lekarza,
- pojawienie się nowych obszarów działań logopedii i brak opracowanych paradygmatów postępowania, a także nieaktualność niektórych programów kształcenia, jak również wątpliwości dotyczące sposobów ich realizacji,

rozumienie interdyscyplinarności logopedii, co prowadzi / prowadzić może do przekraczania własnych kompetencji i zabór metod postępowania innych specjalistów, a także „odchodzenie” logopedów od logopedii; nierzadkie popularyzowanie w przestrzeni internetowej fałszywej wiedzy o zaburzeniach mowy, także o dyslalii; nieuregulowana systemowo współpraca logopedy z innymi specjalistami; merkantylne funkcjonowanie różnych firm szkoleniowych zainteresowanych zyskiem, a nie szerzeniem ustrukturalizowanej i zgodnej z badaniami wiedzy o zaburzeniach mowy; nierzadkie naruszanie praw autorskich przez prowadzących szkolenia i webinaria na temat zaburzeń mowy, także dyslalii (i inne formy popularyzowania wiedzy), co można nazwać po prostu kradzieżą myśli³; pojawienie się nowej (czy nienowej?) potrzeby związanej z chęcią zaistnienia, wypromowania się na rynku wydawniczym czy edukacyjnym, nawet wtedy gdy

-
- różnorodność (czasem sprzecznych ze sobą) metod postępowania diagnostycznego i terapeutycznego,
 - mała liczba badań efektywności terapii z wykorzystaniem określonych metod postępowania, co łączy się z koniecznością stosowania formuły Evidence Based Practice,
 - obecność w przestrzeni internetowej (i nie tylko) informacji niejednokrotnie niezgodnych z współczesnymi badaniami o zaburzeniach mowy, które są popularyzowane z wykorzystaniem różnych form, jakie umożliwia internet; ta forma rozprzestrzenienia się wiedzy staje się konkurencyjna dla kształcenia organizowanego w uczelniach,
 - nieposzanowanie praw autorskich, szczególnie w przestrzeni internetowej,
 - merkantylne postępowanie wielu firm szkoleniowych, wydawniczych zainteresowanych głównie zarobkiem, a nie promocją wiedzy i umiejętności opartych na badaniach,
 - rozkwit różnego rodzaju webinarów, szkoleń i warsztatów także w formie on-line, których niektórzy autorzy nie tylko kopiują (kradną) metody innych badaczy, ale zgodnie z propagowaną jakże nośną i atrakcyjną dla niedoświadczonych studentów i logopedów formułą „praktyki bez teorii” zamiast ustrukturalizowanej wiedzy oferują niedopasowane do pacjenta katalogi ćwiczeń (niektóre z nich można nawet kupić za kilkadziesiąt złotych);
 - pojawienie się nowej potrzeby czy nowej wartości postrzeganej jako istotny cel istnienia, co można opisać w postaci tezy: „być zauważonym, zaistnieć, być gwiazdą, nakarmić własne ego, wypromować się” nawet wtedy, gdy ma się niewiele do powiedzenia lub własny przymus „zdobycia lajku na Facebooku” prowadzi / prowadzić może do przywłaszczenia (czyli kradzieży) cudzych pomysłów, metod, słów czy całych warsztatów i przedstawianie ich jako swoich w celu zaspokojenia własnego ego” (Pluta-Wojciechowska 2022c, s. 305–306; zob. 2022b).

³ Oryginalne rozważania (z którymi nie wszyscy – jak sądzę – się zgodzą) w pewien sposób nawiązujące do problemu naruszania praw autorskich prezentuje jeden z badaczy zjawisk społecznych Wojciech Krzysztofia. Wśród osób uprawiających naukę czy zajmujących się rozwijaniem i propagowaniem myśli naukowej wyróżnił kreatorów, korektorów, aplikatorów oraz – tych których jest najwięcej – kopistów. (KRYSZTOFIAK: BLOG GLOBALNY: Naukowcy i studenci!!! Strzeżcie się psów ogrodnika (krysztofia-wojciech.blogspot.com) dostęp. 25.01.2022). Na podobne do opisanego zjawiska, jakim jest kradzież myśli, zwraca uwagę Leszek Koczanowicz w odniesieniu do nauk humanistycznych i społecznych (2011; por. Michalik 2015; Kita 2012). Omawiając zagadnienia związane z interdyscyplinarnością, zwraca uwagę na interdyscyplinarność butikową i rabunkową.

nie ma się nic własnego do powiedzenia; funkcjonowanie sprzecznych ze sobą metod postępowania w przypadku dyslalii.

Efektom opisanych pokrótce zjawisk jest / może być zagubienie logopedów, trudność oceny jakości prezentowanej w różny sposób wiedzy, niezgodne ze współczesną wiedzą i kompetencjami postępowanie z pacjentem z zaburzeniami mowy, co rodzi ryzyko nie tylko nieadekwatnej pomocy, ale także szkody dla pacjenta. Budzi to nie tylko refleksję, ale także troskę i niepokój. Czy – jako wykładowcy i badacze – jesteśmy przygotowani do podejmowania działań zaradczych, aby przeciwdziałać wymienionym zagrożeniom? Czy potrafimy tak przygotować naszych studentów, aby nie czuli się zagubieni w przestrzeni sprzecznych, fałszywych czy pozornie prawdziwych informacji o zaburzeniach mowy? Jak wyposażać ich w umiejętności racjonalnego kierowania własnym rozwojem?

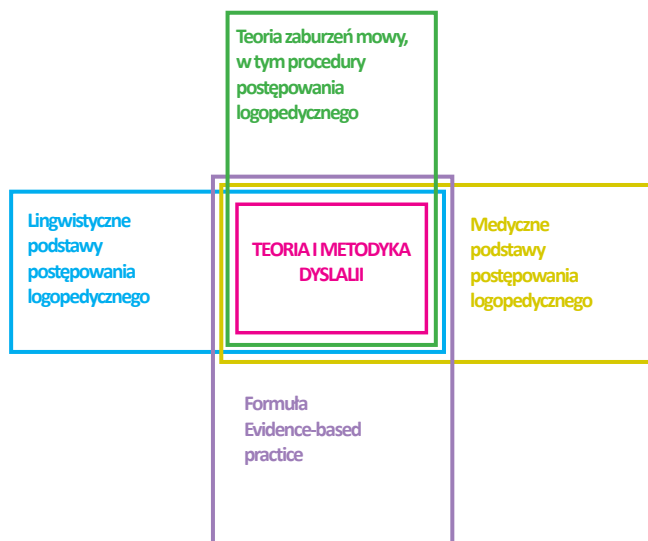
Warto zwrócić uwagę na jeszcze inny kontekst rozwoju teorii i metodyki postępowania z osobami z wadami wymowy. Diagnoza i terapia wad wymowy na tle innych dysfunkcji mowy bywa/jest postrzegana jako zaburzenie łatwe w diagnozie i terapii logopedycznej. Odnajdujemy to w mniej lub bardziej jasno wyrażanych opiniach na ten temat, np. *Ona tylko uczy [sz], Dyslalię łatwo diagnozować, Terapia wad wymowy jest prosta*, a także jakże chętnym zajmowaniem się (np. prowadzeniem warsztatów, szkoleń, wyrażeniem eksperckich opinii) tym zaburzeniem mowy przez logopedów, a także lekarzy, fizjoterapeutów, którzy nie posiadają własnych doświadczeń (albo jest ich niewiele) i – co ważne – nie prowadzili badań na temat zaburzeń artykulacji. Co więcej, decydują się na formułowanie opinii z pozycji autorytetu, znawcy, eksperta. Z taką sytuacją spotykamy się np. w przypadku ankyloglosji, która w ostatnich latach stała się przedmiotem zainteresowania wielu osób – logopedów, fizjoterapeutów, chirurgów, laryngologów, ortodontów. Nie byłoby w tym nic dziwnego i niepokojącego, gdyby lekarze (chirurdzy, laryngolodzy, stomatolodzy) zajmowali się ankyloglosją z perspektywy własnego przedmiotu i metodologii badań. Niestety nierzadko, przekraczając własne kompetencje, wypowiadają się – czasem dość niefrasobliwie i niefortunnie – o zagadnieniach, które nie należą do przypisanych ich zawodowi wykształceniu, zadaniom i kompetencjom. U podstaw jakże często fałszywych czy powierzchownych opinii leży być może wiara, że skoro posługują się językiem polskim i posiadają dobry słuch fizyczny mogą być ekspertami w odniesieniu do wad wymowy.

Podobnie można analizować opinie na temat krótkiego wędzidełka języka wyrażane przez logopedów, którzy nie posiadając badań w tym zakresie, komentują problematykę ankyloglosji niezgodnie z wynikami współczesnej naukowej kwerendy lub przyjmują ujęcie medyczne zamiast logopedycznego, co świadczy o niezrozumieniu zadań, z jakimi mierzy się logopeda w trakcie diagnozy. Postulowałabym zatem, aby komentarze na temat zjawisk logopedycznych (zwią-

zanych np. z ankyloglosją i nie tylko) były formułowane przez różnych specjalistów – także logopedów – z należytą pokorą, co oznacza z jednej strony kierowanie się własnymi kompetencjami i ich nieprzekraczanie, z drugiej zaś poszanowanie kompetencji innych. Istotne jest uwzględnianie podstaw własnych sądów: czy sformułowana opinia oparta jest na wynikach badań naukowych czy może na doświadczeniach niepopartych analizą, a może wygłaszany sąd opiera się na lekturze kilku przypadkowych publikacji lub wręcz własnej wierze, przypuszczeniu. Przywołanie w tym miejscu formuły Evidence-based practice (EBP) może być najlepszym komentarzem, gdyż przypomina o konieczności prowadzenia badań, na podstawie których można orzekać o istotnych dla postępowania logopedycznego metodach.

ZABURZENIA REALIZACJI FONEMÓW W PRZESTRZENI EPISTEMOLOGICZNEJ

Wiedza na temat dyslalii wiąże się / powinna wiązać się z różnymi domenami poznawczymi, a mianowicie teorią zaburzeń mowy (w tym procedurami postępowania logopedycznego), lingwistycznymi i medycznymi podstawami diagnozy i terapii logopedycznej, a także – co należy podkreślić – formułą Evidence-based practice (EBP), o której była już mowa powyżej. Przyjmując ujęcie metaforyczne, można wręcz przyjąć, że teoria i metodyka dyslalii znajduje się „na przecięciu” wymienionych domen poznawczych, co symbolicznie przedstawia schemat 1.



Schemat 1. Wiedza o dyslalii a inne domeny poznawcze

GŁÓWNE PODSTAWY POSTĘPOWANIA W PRZYPADKU DYSLALII

Komentując diagnozę zaburzeń realizacji fonemów, E. Czaplewska pisze:

„Diagnozowanie zaburzeń rozwoju artykulacji **nie powinno nastręczać trudności logopedzie dobrze przygotowanemu do uprawiania zawodu**. Polscy specjaliści zazwyczaj potrafią rozpoznać konkretną wadę wymowy, z dużą pewnością określić przyczyny jej powstawania i w związku z tym zastosować odpowiednie działania terapeutyczne. Problemem pozostaje jednak wciąż nieustalona terminologia, duże rozbieżności między nazewnictwem polskim i zagranicznym, ale także niewystarczająca liczba wystandaryzowanych i znormalizowanych narzędzi diagnostycznych” (Czaplewska 2012, 112, podkr. D.P.-W.)

Nie jestem przekonana, że zacytowana opinia opisuje prawdziwy obraz umiejętności polskich logopedów w zakresie diagnozy i terapii zaburzeń realizacji fonemów. Zwrot „logopeda dobrze przygotowany do uprawiania zawodu” może mieć różne znaczenia, co wiąże się z przyjętą przez dany ośrodek zajmujący się kształceniem logopedów podstawą badania i interpretacji wad wymowy. Nieustalona terminologia wad wymowy nie jest największym problemem polskiej logopedii, gdyż ona jest pochodną przyjętych przez badaczy podstaw poznawczych. Uporządkowania wymagają zatem fundamenty przyjętych koncepcji, a nie nazwy zaburzeń artykulacji, które są skutkiem i odzwierciedleniem uznawanych przez autorów podstaw teoretycznych. Z kolei, aby odnieść się do problematyki nazw zagranicznych, należałoby najpierw uporządkować i przyjąć polskie ustalenia dotyczące podstaw i wynikających z nich nazw wadliwej wymowy oraz sprawdzić, czy zagraniczne określenia zaburzeń wymowy rzeczywiście w lepszy (a może inny? nieadekwatny?) sposób opisują nienormatywną artykulację głosek języka polskiego. Wszak każdy język, także polski, posiada charakterystyczne cechy głosek, które są odmienne od np. języka angielskiego. Nie oznacza to rezygnacji z osiągnięć logopedii zagranicznej, ale znalezienia dla nich właściwego miejsca w kontekście języka polskiego i osiągnięć polskiej logopedii. W wielu przypadkach polskie rozwiązania lepiej oddają istotę zadań logopedy niż zagraniczne, gdyż uwzględniają charakterystyczne cechy naszego języka. Z kolei polskie testy artykulacji uwzględniające jedynie słuchową ocenę wymowy (nawet jeśli są standaryzowane) nie są wystarczające dla diagnozy i terapii logopedycznej.

Biorąc pod uwagę powyższe uwagi, warto przywołać główne założenia, które stając się fundamentalną bazą postępowania logopedycznego, implikują sposób prowadzenia diagnozy i terapii wad wymowy w **nowym ujęciu** (por. Ostapiuk 1997, 2002, 2005, 2013ab, Konopska 2002, 2006, 2015a, 2015b; Pluta-Wojciechowska 2002, 2008ab, 2010, 2011, 2015ab, 2017, 2019ab, 2020ac,

2022ab; Stecewicz, Halczy 2015; Sambor 2021; Malicka 2019; Trzaskalik 2016, 2017). Należą do nich:

- mowa, w tym wymowa, nie pojawia się w życiu dziecka znikąd, ale jest konsekwencją wcześniejszych etapów,
- diagnoza i terapia logopedyczna to byty nierozłączne, terapia wynika z diagnozy, a zatem rodzaj i forma diagnozy określają rodzaj i formę terapii,
- pożądaný model diagnozy ma charakter objawowo-przyczynowy, co wiąże się z kolejnymi założeniami,
- dźwięk mowy powstaje – upraszczając pewne procesy – na drodze: od aktywizacji fonemu do głoski, która jest jego realizacją, odzwierciedleniem w świecie zewnętrznym,
- dźwięk jest funkcją użytych narzędzi, co oznacza, że za każdą cechą fonetyczną – także nienormalną – odnajdujemy określony układ, pozycje i ruchy narządów mowy,
- każda nienormalna realizacja fonemu jest dowodem na to, że istnieje jakaś trudność w osiągnięciu – zgodnych z normą – parametrów fonetycznych tworzonych dźwiękowych realizacji fonemu,
- jeśli poznamy, na czym polega istota tworzenia nienormalnej cechy fonetycznej, to wiemy, w jakim obszarze – biorąc pod uwagę uwarunkowania rozwoju systemu fonetycznego – należy poszukiwać przyczyn jej wystąpienia,
- logopedyczna terapia wad wymowy powinna opierać się na diagnozie objawowo-przyczynowej (zob. Grabias 2008, 2012), co oznacza przyjęcie (o ile to możliwe) modelu terapii objawowo-przyczynowej, a nie jedynie objawowej; przy czym należy uznać, że najprawdopodobniej nie wykrywamy wszystkich przyczyn zaburzeń artykulacji, co ma związek z niepełną ciągle wiedzą o rozwoju mowy i jej uwarunkowaniach.

TRZY UJĘCIA DYSLALII

„Coraz więcej trzeba wiedzieć z rubryki wiedzy o tym jak jest,
aby obmyślić, jak ma być, by było lepiej, niż jest”
Kotarbiński 1957, s. 693.

Przywołane słowa T. Kotarbińskiego są mottem, które przyświecało mi podczas przygotowywania poniższej analizy. Odzwierciedla ona – jak sądzę – współczesny stan refleksji na temat zaburzeń nazywanych dyslalią. Przedstawione w tej części opracowania komentarze dotyczą zatem różnych koncepcji dyslalii obecnych w polskiej logopedii, co wpisuje się w analizy o charakterze metodycznym

wraz z podstawami poznawczymi, warunkującymi różne rozwiązania dotyczące sposobów diagnozy i terapii wad wymowy. Niektóre rozważania wiążą się z inną perspektywą analizy transformacji postępowania w przypadku dyslalii: z jednej strony odnoszą się do sposobu rozwoju nauki w ogóle, strategii rozprzestrzeniania się nowych idei, poglądów, z drugiej zaś dotyczą okoliczności asymilowania / nieasymilowania / trudności asymilowania nowej wiedzy, możliwego dyskomfortu poznawczego, jaki przeżywa / może przeżywać człowiek w obliczu odmiennych od dotychczasowych koncepcji analizy jakiegoś zjawiska (np. dyslalii), co oznacza uwzględnienie perspektywy indywidualnej człowieka.

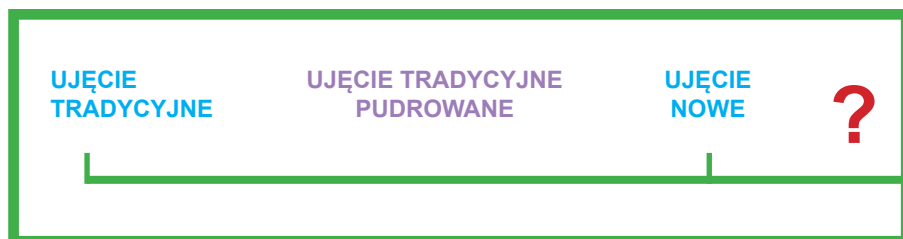
Zasygnalizowane w opracowaniu różne wątki interpretacji tego samego zjawiska, jakim jest transformacja postępowania w przypadku dyslalii (analizy o charakterze metodycznym, analizy z pozycji meta czy wkraczające w aspekty psychologiczne czy socjologiczne), są ciekawym problemem badawczym. Niektóre z wymienionych kategorii rozważań jedynie wskazują lub pokrótce opisują, nie podejmując się ich ostatecznej interpretacji. Pozostawiam ich wyjaśnienie psychologom, socjologom, etykom, a może nawet filozofom czy specjalistom zajmującym się teorią nauki.

Komentując zmianę sposobu diagnozy i terapii zaburzeń realizacji fonemów, wyodrębniłam dwa ujęcia dyslalii, a mianowicie ujęcie tradycyjne i ujęcie nowe. Na ten temat pisałam w kilku publikacjach (2019bc, 2020ac, 2022b), stąd w dalszej części opracowania przedstawiam jedynie główne cechy różnicujące wymienione paradygmaty postępowania. Wydawałoby się, że podział na dwa modele analizy dyslalii – tradycyjny i nowy – umożliwi wyczerpujący opis różniących się od siebie schematów postępowania, jakie są obecne w polskiej logopedii. Okazało się jednak, że dynamika zmian nie przebiega jedynie na osi „od tradycyjnego ujęcia dyslalii do nowego ujęcia tego zaburzenia”, co wydawałoby się najprostszym i najbardziej oczywistym kierunkiem i strategią transformacji. Schemat 2 przedstawia w postaci linearnej zaobserwowane zjawiska.

Pomiędzy ujęciem tradycyjnym i nowym dyslalii odnajdujemy modele postępowania będące swoistą hybrydą podejścia tradycyjnego i nowego. Z jednej strony wiążą się bowiem z tradycyjnym modelem dyslalii, z drugiej zaś w pewien sposób „udają” ujęcie nieco inne niż tradycyjne i są próbą naprawiania mankamentów tradycyjnego modelu diagnozy i terapii zaburzeń realizacji fonemów (w obliczu nowych badań uwzględniających inną metodologię i metodykę) czy też jego „ozdabiania”, co ważne – za pomocą wyjętych z nowego ujęcia wątków. Z tego względu nazwać je można ujęciem **tradycyjnym pudrowanym**.

Swoiste pudrowanie tradycyjnego ujęcia dyslalii polega zatem na wprowadzaniu pewnych elementów nowego modelu diagnozy i terapii do tradycyjnego schematu postępowania, co ma z jednej strony ukryć czy skorygować niedostatki koncepcji tradycyjnej sprzed kilkudziesięciu lat, z drugiej zaś staje się np. dla in-

nych sygnałem, że logopeda zna pewne nowe (a wybrane) strategie diagnozy i terapii, a zatem „idzie z duchem czasu”. Owo pudrowanie – rozumiane także jako pewna próba regeneracji koncepcji tradycyjnej – nie przyczynia się jednak do fundamentalnej zmiany podstaw diagnozy i terapii.



Schemat 2. Trzy modele analizy dyslalii

Zgodnie z przedstawioną analizą można zatem wyodrębnić co najmniej trzy ujęcia dyslalii w polskiej logopedii: ujęcie tradycyjne, ujęcie tradycyjne pudrowane, ujęcie nowe⁴. Nie jest to jednak ostateczny podział różnych podejść do dyslalii, co ma związek ze stale zwiększającą się wiedzą o człowieku i rozwoju języka, nieuchronnością odbywających się w czasie zmian, formułowaniem przez autorów kolejnych problemów badawczych. A zatem kolejnemu ujęciu dyslalii, o którym możemy jedynie snuć hipotezy, nie można jeszcze nadać nazwy (może tymczasem określenie „ujęcie postnowe” byłoby możliwe do przyjęcia). Być może będzie się ono łączyć z transdyscyplinarnością logopedii (Kita 2012; Michalik 2015). Jednakże to zagadnienie nie jest możliwe do szczegółowego opisu, gdyż – jak przypuszczam – właśnie są tworzone (także przeze mnie) pewne nowe problemy i hipotezy badawcze.

TRADYCYJNE A NOWE UJĘCIE DYSLALII

Cechy różnicujące dwa odmienne modele diagnozy zaburzeń realizacji fonemów, które występują w analizowanych ujęciach dyslalii, można uporządkować według następujących (wybranych) kategorii: główne podstawy teoretyczne, implikacje przyjętych założeń, badanie objawu zaburzeń (czyli sposób oceny

⁴ Początek nowego ujęcia dyslalii łączyć z publikacją B. Ostapiuk w 1997 roku, w którym Autorka zaproponowała odejście od terminów typu dyslalia jednoraka czy seplenienie i jednocześnie przedstawiła nową wizję diagnozy wad wymowy. A zatem ujęcie nowe dyslalii nie jest już całkiem nowe, gdyż liczy ponad 26 lat. W tym czasie przedstawiono wiele badań i analiz prowadzonych według nowego paradygmatu (np. Ostapiuk 1997, 2013ab, Konopska 2002, 2006, 2015a, 2015b; Pluta-Wojciechowska 2002, 2008ab, 2010, 2011, 2015ab, 2019, 2020ac, 2022ab; Stecewicz, Halczy 2015; Sambor 2021; Malicka 2019; Trzaskalik 2016, 2017).

wymowy), poszukiwanie przyczyn zaburzeń wymowy i ustalanie ich patomechanizmu, efekty diagnozy, prognozowanie (Pluta-Wojciechowska 2023 w druku). Analiza każdej z wymienionych perspektyw opisu dyslalii wskazuje na istotne różnice pomiędzy tradycyjnym a nowym modelem diagnozy (zob. Ostapiuk 1997, 2013ab; Konopska 2006, 2015; Pluta-Wojciechowska 2019bc, 2020ac, 2011b, 2023 w druku; Sambor 2021; zob. część pt. *Efekt kaskadowy*); w niniejszym opracowaniu wskazuję najważniejsze z nich.

Biorąc pod uwagę podstawy poznawcze, warto zauważyć, że baza pierwszego etapu diagnozy, jaką jest ocena wymowy, w tradycyjnym modelu dyslalii wynika z interpretacji wad wymowy J.T. Kani – podział na substytucje, deformacje i elizje wraz ze słuchową metodą badania realizacji fonemów (lub jej preferencją). Efektem oceny wymowy jest ustalenie, że u pacjenta występują np. substytucje i deformacje albo dyslalia jednoraka czy wieloraka, czy też zaburzenia określane w formie zwrotów seplenienie, lełanie, reranie itp. Pewnym dopełnieniem tych propozycji jest wyróżnienie typów rotacyzmów i seplenień, które odnoszą się do kilku możliwych rodzajów zaburzeń realizacji fonemu /r/ oraz fonemów dentalizowanych i nie są wystarczające w obliczu różnorodności obserwowanych odstępstw od normy; brak podobnych odniesień do nienormalnych realizacji innych fonemów, np. fonemów dwuwargowych itd. Badacz przyjmujący ujęcie tradycyjne dyslalii jest zatem nastawiony na poszukiwanie substytucji czy deformacji lub elizji. Na temat ograniczeń podziału na substytucje i deformacje pisano wielokrotnie (Ostapiuk 2002, 2013ab; Pluta-Wojciechowska 2005, 2008a, 2010, 2013, 2017; zob. przypis 11 w niniejszej pracy), stąd nie powielam obecnych w literaturze komentarzy na ten temat. Istotne jest, że typologia J.T. Kani połączona ze słuchową oceną wymowy jest niewystarczająca i prowadzi do niepełnej czy nawet fałszywej wiedzy o systemie fonetycznym pacjenta, gdyż logopeda nie bada budowy artykulacyjnej głosek, a swoje wnioski opiera na subiektywnej, własnej ocenie słuchowej (zob. ujęcie tradycyjne pudrowane). Bazą tej strategii badania jest / może być wiara, że człowiek posiada słuchową zdolność do precyzyjnego różnicowania cech głosek wadliwych i normalnych, co jest sprzeczne z biologicznymi właściwościami słuchu człowieka (zob. np. Jassem 1971), a także różnicami w możliwości słuchowego odkrywania cech wadliwych głosek w zależności od rodzaju dźwięku mowy.

W przypadku nowego ujęcia dyslalii podstawą diagnozy realizacji fonemów jest system fonemowo-fonetyczny języka polskiego określający normatywne cechy głosek jako dźwiękowych realizacji fonemów, a także – wynikający z niego – **kompletny opis** oczekiwanych cech fonetycznych realizowanych fonemów, który przedstawiła B. Ostapiuk (1997, 2013ab). Staje się on poznawczą bazą nie tylko orzekania o wadliwych cechach fonetycznych, ale również tworzenia – na potrzeby badania – ich nazw. Opracowana przez Autorkę baza poznawcza jest

czymś więcej niż wiedzą o głoskach, która jest widoczna w tabelarycznych zestawieniach uwzględniających informację o miejscu artykulacji, stopniu zbliżenia narządów mowy itd. Logopeda otrzymuje nie tylko zestaw terminów przydatnych podczas oceny wymowy, ale również narzędzie poznawcze pozwalające mu na badanie i opis każdej nienormatywnej realizacji fonemu, również takiej, której nikt do tej pory nie opisał. To coś więcej niż terminy substytucja, deformacja czy lełanie, a nawet rotacyzm międzyzębowy.

W nowym paradygmacie dyslalii – zgodnie z lingwistyką – przyjmuje się, że głoska jest realizacją fonemu i powstaje w wyniku uruchomienia fonemu jako jej neurologicznego i poznawczego wzorca, co staje się bazą kategoryzacji głosek wadliwych ze względu na stosunek do realizowanego fonemu. Podkreśla się też, że za każdą cechą fonetyczną, także nienormatywną, stoi określony układ, pozycja i ruch narządów mowy, co wynika wprost z fonetyki artykulacyjnej i staje się – obok wrażeń audytywnych – fundamentem oceny artykulacji, jak również drogowskazem w poszukiwaniu przyczyn zaburzeń realizacji fonemów.

Zwróćmy zatem uwagę, że kolejny etap diagnozy, jakim jest poszukiwanie przyczyn zaburzeń wykrytych nienormatywnych realizacji fonemów, opiera się na różnych efektach oceny wymowy w zależności od przyjętego modelu dyslalii – tradycyjnego lub nowego: ograniczonej wiedzy o systemie fonetycznym pacjenta badanego przez logopedę przyjmującego interpretację wad wymowy J.T. Kani wraz z oceną słuchową lub jej preferencją, a bogatszej wiedzy o systemie fonetycznym pacjenta, którego ocena wymowy była prowadzona w konwencji nowej. Logopeda przyjmujący jako bazę poznawczą teorię wad wymowy w opracowaniu B. Ostapiuk uwzględnia w diagnozie nie tylko wszystkie głoski (także te, które w jego uszach brzmią dobrze lub w różnym stopniu są zbliżone do normatywnego brzmienia), ale również – obok oceny słuchowej – bada budowę artykulacyjną głoski z wykorzystaniem metody wielozmysłowej. Przyjęte założenia poznawcze umożliwiają sporządzanie różnych analiz wyników badania wymowy, np. relacja badanej głoski do realizowanego fonemu, rodzaj nienormatywnie realizowanej kategorii fonetycznej (np. miejsce artykulacji, udział rezonatora nosowego), rodzaj wadliwie tworzonej cechy fonetycznej (np. zębowość, apikalność, postdentalność, medialność) i wskazanie wadliwej cechy występującej zamiast normatywnej, np. dysmedialność.

Warto też podkreślić, że diagnoza i terapia wad wymowy w ujęciu tradycyjnym może przyjąć różne oblicza, co – jak przypuszczam – ma związek z dostrzeganiem przez logopedów ograniczeń tego typu interwencji i/lub poznawaniem przez specjalistę wyników badań związanych z nowym modelem diagnozy czy terapii. Będzie o tym mowa przy okazji prezentacji tradycyjnego pudrowanego ujęcia dyslalii.

Kolejny etap postępowania – po diagnozie – łączy się z terapią. Nowy schemat terapii w przypadku dyslalii ankyloglosyjnej oparty na nowym modelu diagnozy – opracowanym na podstawie badań – został przedstawiony przez B. Ostapiuk (1997, 2013b, 2015). Z kolei analiza tradycyjnej koncepcji terapii dyslalii w porównaniu do modelu nowego, którego egzemplifikacją jest *Strategiczna metoda usprawniania realizacji fonemów* (SMURF), została przedstawiona przez D. Plutę-Wojciechowską (2019ab, 2020a). Opracowania Autorki wykazały, że wyróżnione dwa modele terapii różnią się ze względu na: przyjęte podstawy teoretyczne, relację terapii do diagnozy i respektowanie podczas terapii jej wyników, liczbę i jakość metod terapii, które umożliwiają dopasowanie sposobów pomocy do wyników diagnozy. Zauważmy w tym miejscu również, że metody terapii tradycyjnej (opisywane i czasem bezkrytycznie przepisywane w różnych poradnikach i stronach internetowych) nie zostały sprawdzone w badaniach, które określiłyby stopień ich skuteczności, co zdumiewa i budzi niepokój. W przypadku terapii strategicznej przeprowadzono badania, które wykazały poziom efektywności proponowanego stylu pracy (Pluta-Wojciechowska 2019ab, 2020a). W niniejszym opracowaniu nie powielam jednak analiz i komentarzy, jakie przedstawiła wskazana Autorka na ten temat, a jedynie skupiam się na jednym z istotniejszych wątków określających model terapii i mających związek z efektywnością podejmowanej interwencji. Jest nim **podstawa terapii wynikająca z przeprowadzonej diagnozy**. W kolejnej części opracowania będę poszukiwała odpowiedzi na pytanie: czy i w jaki sposób model prowadzenia diagnozy zaburzeń realizacji fonemów określa kierunki, a także efektywność terapii logopedycznej?

EFEKT KASKADOWY

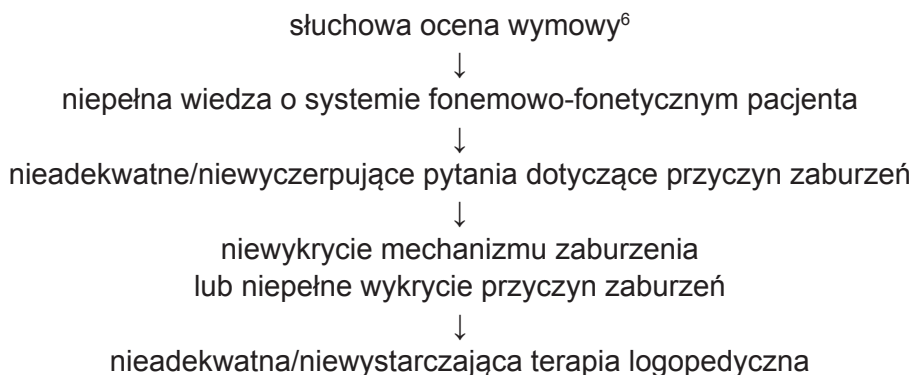
Biorąc pod uwagę pewną linearność postępowania logopedycznego, można przyjąć, że ogólny model terapii wynika z diagnozy (o charakterze wstępnym, która jest stale uzupełniana podczas kolejnych spotkań terapeutycznych), co wiąże się z tezą, że terapia wyrasta z diagnozy lub też – innymi słowy – że diagnoza jest głębą dla terapii. Skoro tak, to możemy dalej konkludować: im dokładniejsza diagnoza, tym lepsze i precyzyjniejsze podstawy terapii.

Jak wynika z przedstawionych analiz, nowy model diagnozy łączy się z innymi podstawami teoretycznymi, a zatem także z odmiennymi sposobami prowadzenia diagnozy niż w przypadku schematu tradycyjnego. Łączy się też z innym nastawieniem badacza, który – w przeciwieństwie do ujęcia wynikającego z interpretacji wad wymowy J.T. Kani – nie poszukuje substytucji i deformacji głosek, ale pragnie dowiedzieć się, **w jaki sposób w głosce odzwierciedlane są poszczególne cechy realizowanego fonemu (metoda analityczno-fonetycz-**

na). Ten model diagnozy wiąże się z precyzyjniejszym badaniem głosek (ocena słuchowo-wzrokowo-czuciowo-eksperymentalna) niż w przypadku oceny wymowy prowadzonej w oparciu o schemat tradycyjny (metoda słuchowa). Nowe podejście ułatwia nie tylko ustalenie struktury zaburzonego systemu fonemowo-fonetycznego pacjenta z dyslalią, pewnej mozaiki zaburzeń cech fonetycznych czy też występujących tendencji, ale także – a może przede wszystkim – sporządzenie listy pytań dotyczących kolejnego etapu diagnozy, a mianowicie wyjaśnienia przyczyn stwierdzonych zaburzeń. Kluczowe pytanie będzie w tym przypadku następujące: **dlaczego konkretna, a wykryta w badaniu logopedycznym opartym na wykorzystaniu oprócz słuchu, a także innych dróg (np. drogi wzrokowej) nienormalna cecha realizacji fonemu/fonemów wystąpiła**⁵. Wynika to z fundamentalnego dla nowego ujęcia dyslalii założenia, że każda cecha fonetyczna – również wadliwa – wynika z układu, pozycji i ruchu narządów mowy, które ją tworzą. A zatem – **im więcej logopeda wie o jakości tworzonych głosek przez pacjenta, tym więcej i bardziej szczegółowych pytań może sformułować, aby poznać przyczynę/przyczyny wystąpienia nienormalnej cechy fonetycznej, którą implikuje wadliwy układ, pozycja i ruch narządów mowy**. W odkrywaniu przyczyn zaburzeń specjalista bierze pod uwagę procesy percepcyjne i procesy realizacyjne warunkujące proces tworzenia głosek jako realizacji fonemów.

Przedstawiony powyżej wywód prowadzi do konkluzji, że tradycyjny model diagnozy rodzi ryzyko podejmowania niewystarczającej lub wręcz nieadekwatnej terapii logopedycznej, co wynika z ograniczeń prowadzonej diagnozy stwarzającej realne zagrożenie niewykrycia lub wykrycie niepełne, niewyczerpujące mechanizmu zaburzeń wymowy. Działa tu zatem efekt kaskadowy przedstawiony za pomocą schematu 2.

⁵ Odkrywając np. dysmedialny układ języka i niepośredni przepływ powietrza podczas realizacji fonemów dentalizowanych, logopeda pyta: dlaczego wskazane cechy nienormalne wystąpiły?, dlaczego pacjent nie potrafi uzyskać symetrycznego układu języka i pośredniego przepływu powietrza podczas realizacji fonemów dentalizowanych?, jakie cechy warunków anatomiczno-czynnościowych są odpowiedzialne za wystąpienie dysmedialnego układu języka i niepośredniego przepływu powietrza podczas realizacji fonemów dentalizowanych? W poszukiwaniu odpowiedzi na to pytanie specjalista wykorzystuje przede wszystkim wiedzę na temat budowy artykulatoryjnej głosek dentalizowanych oraz czynników rozwoju systemu fonemowo-fonetycznego.



Schemat 3. Efekt kaskadowy: od słuchowej oceny wymowy do terapii w tradycyjnym ujęciu dyslalii

Przykładem efektu kaskadowego jest np.: 1. prowadzenie niemających umowienia w diagnozie nieartykulacyjnych ćwiczeń narządów mowy (np. tzw. koci grzbiet czy liczenie ząbków za pomocą języka, który ma napięty czubek) w przypadku np. pacjenta z dorsalnością i nie tylko, 2. ćwiczenia dmuchania do dziurki od klucza, które mają być przygotowaniem do wywołania głoski dentalizowanej u osoby z dysmedialną realizacją fonemów dentalizowanych (tzw. seplenienie boczne), 3. rozpoczynanie terapii od wywołania głoski dentalizowanej zębowej szczelinowej w przypadku tzw. seplenienia bocznego w sytuacji, gdy u pacjenta występują także dysmedialne realizacje innych fonemów niż dentalizowane zębowe⁷.

TRADYCYJNE PUDROWANE UJĘCIE DYSLALII

Dokonując pewnej syntezy, w 2019 roku przedstawiłam w formie antynomii istotę przemian diagnozy i terapii dyslalii, czyli ścieżkę od tradycyjnego do nowego ujęcia dyslalii, a mianowicie:

⁶ Niektórzy logopedzi stosujący model tradycyjnej diagnozy oceniają budowę artykulacyjną tylko tych głosek, które brzmią nieprawidłowo. Jeśli słyszą głoski brzmiące w ich uszach prawidłowo lub w sposób zbliżony do prawidłowych nie sprawdzają ich budowy artykulacyjnej. Zob. analizy odnoszące się do tradycyjnego pudrowanego ujęcia dyslalii zawarte w niniejszym opracowaniu.

⁷ Interpretując to zjawisko, można odwołać się do diagnozy w ujęciu tradycyjnym. W przypadku realizacji z niepośredkowym przepływem powietrza logopeda z łatwością za pomocą słuchu odkryje nienormatywną realizację fonemów dentalizowanych, ale – posługując się tym sposobem oceny wymowy – stwarza wielkie ryzyko nierozpoznania niepośredkowego przepływu powietrza występującego także podczas realizacji fonemów niedentalizowanych zębowych, dziąsłowych i środkowo-językowych. Rozpoczynanie terapii w takiej sytuacji od głosek dentalizowanych naraża pacjenta na znaczne utrudnienia lub wręcz niemożliwość wywołania głosek dentalizowanych (zob. Pluta-Wojciechowska 2019a, 2022a).

- „od typologii ilościowych i interpretacji wad wymowy za pomocą określeń substytucja i deformacja do opisu nienormatywnych cech fonetycznych uporządkowanych w system oparty na fonetyce i tworzenia teorii dyslalii,
- od słuchowej oceny wymowy do badania za pomocą słuchu, wzroku, dotyku i przeprowadzania eksperymentów w celu obiektywizacji własnej oceny oraz ustalania relacji pomiędzy słuchaną i obserwowaną realizacją fonemu a realizowanym fonemem,
- od nieprzekraczalnych reguł metodycznych do myślenia strategicznego uwzględniającego indywidualne możliwości pacjenta,
- od terapii tradycyjnej opartej o nieprzekraczalne reguły metodyczne stosowane do wszystkich pacjentów do terapii opartej na myśleniu strategicznym, które umożliwia dopasowanie pomocy logopedycznej do indywidualnych możliwości człowieka” (Pluta-Wojciechowska 2019, 97–98).

Powyższy opis transformacji teorii i metodyki postępowania w przypadku dyslalii wykorzystuje – jako narzędzie poznawcze – pewną sprzeczność, której zadaniem jest syntetyczne ukazanie pewnych zasadniczych różnic pomiędzy modelem tradycyjnym i nowym. Na podstawie przedstawionego powyżej zarysu ewolucji postępowania w dyslalii można sądzić, że nowy model analizy wad wymowy zastępuje/zastąpił tradycyjny. Trudno orzekać, w jakim zakresie tak się dzieje, biorąc pod uwagę np. kształcenie. Analizując jednak współczesne badania o profilu diagnostycznym, odnajdujemy wiele doniesień uwzględniających nowe spojrzenie na dyslalię (np. Ostapiuk 1997, 2002, 2005, 2013ab, Konopska 2002, 2006, 2015a, 2015b; Pluta-Wojciechowska 2002, 2008ab, 2010, 2011, 2015ab, 2017, 2019ab, 2020ac, 2022ab; Stecewicz, Halczy 2015; Sambor 2021; Malicka 2019; Trzaskalik 2016, 2017). Można również z całą pewnością zauważyć, że powyższy model transformacji nie uwzględnia w pełni szczegółów refleksji naukowej czy praktycznej znajdującej się – mówiąc metaforycznie – pomiędzy dwoma odmiennymi paradygmatami postępowania (zob. schemat 2). Będzie o tym mowa poniżej. Taka sytuacja skłania do podjęcia polemiki samej ze sobą, co staje się dla mnie intrygującym doświadczeniem poznawczym.

Wielu logopedów dopiero po zakończeniu kształcenia logopedycznego dowiaduje się, że przedstawiona podczas studiów koncepcja dyslalii nie jest jedynym możliwym modelem postępowania, co prowadzi do różnych zachowań, np.

1. zmiany poglądów na temat diagnozy i terapii,
2. przeżycie dysonansu poznawczego, jaki powstaje / może powstać, gdy logopeda dowiaduje się, że ujęcie dyslalii, które prezentuje J.T. Kania, I. Styczek, G. Demel, H. Rodak, A. Sołtys-Chmielowicz czy inni autorzy przyjmujący tradycyjny model dyslalii, nie jest jedynym i możliwym sposobem postępowania,
3. trudności rozumienia nowego ujęcia diagnozy i terapii w obliczu utrwalonych myślowych i praktycznych wzorców postępowania wynikających z przekazywanej wiedzy na studiach uwzględniającej model tradycyjny.

A zatem zarysowana na wstępie niniejszej części opracowania ścieżka transformacji wymaga weryfikacji i uzupełnienia. Wiąże się to z obserwowanymi różnymi reakcjami logopedów – praktyków i badaczy – w odniesieniu do możliwości, jakie otwiera nowy model postępowania w przypadku zaburzeń realizacji fonemów oraz oparte na nim badania. Wydawałoby się, że nowy model diagnozy (i terapii) – mający mocne fundamenty naukowe – będzie paradygmatem, który szybko – obok tradycyjnego ujęcia – stanie się przedmiotem kształcenia w obliczu logicznych argumentów oraz wyników prowadzonych badań przy braku kwerendy dotyczącej efektywności postępowania (w szczególności terapii) z zastosowaniem paradygmatu tradycyjnego. Tak się jednak nie dzieje w przypadku wszystkich uczelni, organizatorów kształcenia, logopedów, co budzi refleksje i skłania do pytania o przyczynę takich sytuacji. Nie można wykluczyć, że w interpretacji tego zjawiska znaczenie mogą mieć przykładowe czynniki:

- przypadkowy, a wynikający z braku specjalistów, przydział zajęć dla wykładowców na studiach logopedycznych, także w przypadku dyslalii,
- niechęć/nieumiejętność/trudność zmiany własnego myślenia związanej z interpretacją wad wymowy, jaką zaproponował J.T. Kania, a co za tym idzie podążanie utrwalonymi ścieżkami myślenia o diagnozie i terapii wad wymowy,
- pozorna prostota tradycyjnego modelu diagnozy i terapii wad wymowy wyrażająca się w aspekcie diagnozy – poszukiwaniem substytucji i deformacji za pomocą słuchu, a w odniesieniu do terapii ścieżce postępowania opartej na złudnie prostej sekwencji etapów: 1. poćwiczyć narządy mowy (czyli podmuchać, poruszać językiem i wargami w różnych kierunkach⁸), 2. wywołać głoskę w izolacji i następnie wprowadzać ją do nagłosu, wygłosu i śródgłosu, 3. zautomatyzować głoskę w mowie potocznej),
- efekt pierwszeństwa, czyli znaczenie pierwszego przekazu na temat jakiegoś zjawiska: logopeda, który poznał – jako pierwszy i jedyny tradycyjny model dyslalii – ma / może mieć na tyle utarte i utrwalone struktury poznawcze, że prowadzą one nie tylko do pewnej rutyny/sztywności postępowania i myślenia, ale też niechęci do zmiany własnych szlaków poznawczych czy też wręcz trudności w rozumieniu nowej strategii analizy dyslalii⁹.

⁸ Jedna z uczestniczek warsztatów na pytanie dotyczące powodów, dla których prowadzi ćwiczenia typu oblizywanie wargi górnej, napinanie czubka języka czy dmuchanie (przy czym dziecko nie ma trudności z wykonaniem takich ćwiczeń) odpowiedziała, że *Dzieci lubią takie ćwiczenia* (sic!).

⁹ Mam okazję obserwować takie zjawiska podczas kontaktów z logopedami, którzy sami wyrażają na ten temat opinie, żalując, że nie zostali zapoznani na studiach z różnymi modelami postępowania w przypadku dyslalii. Utrudnia im to rozumienie nowego paradygmatu postępowania.

Wielu logopedów poszukuje nowości, aby efektywniej prowadzić terapię logopedyczną.

Jedni, zapoznając się z nowym modelem diagnozy i terapii – np. po zakończeniu kształcenia logopedycznego – przyjmują ten sposób postępowania w miejsce tradycyjnego. Inni zaś – nie zmieniając fundamentów diagnozy i terapii tradycyjnej – wprowadzają do własnego warsztatu czy też wykładu lub publikacji pewne elementy nowej diagnozy i terapii. Interpretując to zjawisko, można powiedzieć, że w obliczu możliwości, jakie oferuje nowe ujęcie dyslalii, logopeda/badacz/wykładowca dostrzega mankamenty tradycyjnego ujęcia wad wymowy i wplata nowe wątki do ujęcia tradycyjnego. A zatem specjalista nadal wykorzystuje ujęcie tradycyjne, przy czym w różnym stopniu je modyfikuje, wprowadzając pewne elementy nowego schematu. Taki styl prowadzenia diagnozy i terapii logopedycznej dyslalii nazwałam modelem tradycyjnym pudrowanym. Owo pudrowanie może mieć różne oblicza, różny zasięg i może wiązać się z różnymi motywacjami. Wśród tych ostatnich można wymienić np. próbę korygowania (naprawiania, poprawiania) – w moim rozumieniu – nienaprawialnego tradycyjnego ujęcia dyslalii¹⁰.

Poniżej przedstawiam przykłady zjawisk obecnych w polskiej logopedii, które w różnym zakresie ilustrują tradycyjne pudrowane ujęcie wad wymowy:

- próby naprawiania tradycyjnej koncepcji dyslalii przez wprowadzenie do dyskursu na temat zaburzeń realizacji fonemów np. pojęcia *zdeformowana substytucja*, które – jak przypuszczam – ma zniwelować niedostatki podziału na substytucje i deformacje J.T. Kani, czy wprowadzenie kategorii analizy *prawidłowo artykułowane substytuty rozwojowe* lub *deformacja właściwa* (zob. Emiluta-Rozya, Lipiec 2021; Lipiec, Więcek-Poborczyk 2021); przywołane przykładowo propozycje według mnie jeszcze bardziej komplikują niejasny i nieostry podział wad wymowy zaproponowany przez J.T. Kanię, a także oddalają logopedę od lingwistycznej podstawy oceny realizacji fonemów, jaką dostarcza fonologia oraz fonetyka artykulacyjna, akustyczna i audytywna; kategoria *prawidłowo artykułowane substytuty rozwojowe* sugeruje występowanie *nieprawidłowo artykułowanych substytutów rozwojowych*, a pojęcie *deformacja właściwa* sugeruje możliwość *deformacji niewłaściwej*; przywołane pojęcie,

¹⁰ Uczestniczka warsztatów na temat dyslalii użyła w odniesieniu do prób naprawiania mankamentów tradycyjnej koncepcji dyslalii zwrotu „pudrowanie nieboszczyka”, co stało się dla mnie inspiracją dla stworzenia nazwy *ujęcie tradycyjne pudrowane*.

- np. *zdeformowana substytucja*, jest wewnętrznie sprzeczne¹¹, co wynika z przyjętej podstawy poznawczej, jaką jest propozycja J.T. Kani;
- używanie zwrotu *realizacja głosek* zamiast *realizacja fonemów*, co zamażuje istotę fundamentalnej dla nowego ujęcia wynikającego z lingwistyki relacji głoski do fonemu;
 - wybiórcza ocena wzrokowa badanych głosek: logopeda zagląda do jamy ustnej pacjenta w przypadku głosek, które w jego ocenie słuchowej brzmią nieprawidłowo;
 - wątpliwości logopedów, którzy dowiadując się, że – zgodnie z nowym ujęciem dyslalii – należy patrzeć do jamy ustnej podczas oceny wymowy, z zagubieniem i niepokojem pytają: *Co mamy tam zobaczyć podczas badania artykulacji?* I dalej – dziwiąc się – pytają: *Po co badać głoski, które dobrze brzmią?*; myślę, że odpowiedź na ostatnie pytanie jest kluczem do zrozumienia istoty i celu diagnozy logopedycznej w przypadku zaburzeń realizacji fonemów – odpowiedź na to pytanie odnajdujemy w nowym modelu diagnozy;
 - w przypadku logopedy oceniającego artykulację za pomocą słuchu nasuwa się pytanie: jeśli logopeda nie patrzy do jamy ustnej podczas oceny artykulacji, czyli nie sprawdza budowy artykulacyjnej głosek, to po co bada

¹¹ Prowadzone od lat analizy i badania B. Ostapiuk (1997, 2002, 2013ab) dotyczą m.in. krytycznej oceny interpretacji wad wymowy, jaką przedstawił J.T. Kania, a także przedstawiają nową koncepcję diagnozy logopedycznej, która jest odmienna od propozycji J. Kani. Dla przykładu, komentując problem 1. wymowy sz w postaci s (przy czym s jest prawidłową realizacją fonemu /s/ i 2. wymowy [sz] w postaci s interdentalnego (ten dźwięk jest wadliwą realizacją fonemu /s/) Autorka w 2013 roku pisała (zob. wcześniejsze analizy na ten temat Ostapiuk 1997, 2002): „Tak więc s interdentalne jest w tym przypadku w stosunku do s deformacją [...], zaś w stosunku do sz substytucją [...]. Jak zatem kwalifikować w takim przypadku realizację fonemu /sz/: jako *substytucję (zdeformowaną)* czy *deformację (w substytucji)*? Nie jest to bez znaczenia dla wyników dziecięcej wymowy (na przykład procentowe dane o faktach niewadliwych i wadliwych) oraz praktyki logopedycznej. Zjawiska niewadliwe (substytucja, elizja) – w przeciwieństwie do wadliwych (deformacja) – nie podlegają bowiem terapii, chyba że „przedłużają się ponad 6. rok życia” (Sołtys-Chmielowicz, Tkaczyk 1993, 41; również: Jastrzębowska, Pelc-Pękala 1999, 734)”. Użycie przez B. Ostapiuk zwrotów *substytucja (zdeformowana)* i *deformacja (w substytucji)* miało na celu ukazanie ograniczeń typologii Kani (zob. wcześniejsze analizy Autorki 2002). Autorka wykorzystała pewien paradoks (jednej ze strategii argumentacji), jakim jest „zderzenie” substytucji i deformacji w jednym terminie, co tworzy sprzeczność i tym bardziej – podczas prowadzonego przez Autorkę wywodu – ujawnia słabości koncepcji Kani. Zwróćmy zatem uwagę, że zastosowany przez B. Ostapiuk sposób analizy – służy ukazaniu pozornej prostoty podziału wad wymowy na substytucje i deformacje (co może prowadzić do błędów diagnostycznych), a nie poprawianiu czy rozwijaniu propozycji tego Autora. Ze zdumieniem zatem w opracowaniach D. Emiluty-Roży, D. Lipiec, I. Więcek-Poborczyk, o których była mowa powyżej, odnajduję termin np. *substytucja zdeformowana* – trudno uznać, że propozycje wymienionych Auterek wnoszą coś nowego ponad to, co przedstawiła wcześniej B. Ostapiuk (zob. np. B. Ostapiuk – substytucja (zdeformowana) – 2013a, u Auterek zdeformowana substytucja).

- np. długość wędzidełka języka czy uformowanie podniebienia lub stan zgryzu?; opisana sytuacja świadczy o niespójności postępowania diagnostycznego (i jego podstaw teoretycznych);
- wyniki badania długości wędzidełka języka formułowane w postaci ocen typu: *Wędzidełko języka skrócone, ale ruchomość prawidłowa* (sic! Czy to jest możliwe? – przyp. D.P.-W.¹²),
 - próby połączenia zasad tradycyjnej terapii z nowym ujęciem postępowania logopedycznego: np. włączenie do nieartykulacyjnych ćwiczeń narządów mowy (NĆNM¹³) pozycji wertykalno-horyzontalnej języka przy jednoczesnym stosowaniu tzw. „zestawików startowych” (zob. analizy Ostapiuk, Pluta-Wojciechowska, Grabias, Woźniak 2018); taki schemat postępowania można nazwać nie tylko modelem tradycyjnym pudrowanym¹⁴, ale również tradycyjnym pudrowanym typu butikowego.

Próby naprawiania czy wzbogacania lub ozdabiania modelu tradycyjnego za pomocą elementów czy wątków nowego ujęcia dyslalii (opisane tu w sposób wybiórczy) są po pierwsze dowodem wpływu nowych badań i nowego ujęcia dyslalii (np. Ostapiuk 1997, 2013ab, Konopska 2002, 2006, 2015a, 2015b; Pluta-Wojciechowska 2002, 2008ab, 2010, 2011, 2015ab, 2019, 2020ac, 2022ab; Stecewicz, Halczy 2015; Sambor 2021; Malicka 2019; Trzaskalik 2016, 2017) na przedstawicieli tradycyjnego modelu postępowania; po drugie zaś są świadectwem niewystarczalności paradygmatu postępowania w dyslalii zaproponowanego przez J.T. Kanię, I. Syczek, H. Rodak i innych reprezentantów tradycyjnej – a może nawet należy powiedzieć – **zwyczajowej, intuicyjnej** wizji postępowania z pacjentami z wadami wymowy. Analizując propozycje korekty tradycyjnej diagnozy, jakie przykładowo przytoczyłam powyżej, można zauważyć, że nie rozwiązują one ograniczeń propozycji J.T. Kani (a w moim rozumieniu jeszcze bardziej ją komplikują). Przyznam, że zaskakuje mnie propozycja badaczek (zob. Emiluta-Roza, Lipiec 2021; Lipiec, Więcek-Poborczyk 2021) – osadzonych poznawczo w interpretacji wad wymowy J.T. Kani – pragnących naprawiać niewystarczającą dla diagnozy logopedycznej koncepcję J.T. Kani (zob. wcześniejsze analizy B. Ostapiuk 1997, 2002, 2013a,b; Pluty-Wojciechowskiej 2005, 2008a, 2010, 2013, 2017; uwagi zawarte w przypisie 11).

¹² Zob. rozważania na temat oceny ruchomości języka w kontekście do jakości wędzidełka języka (Ostapiuk 2013b, 2015), analizy odnoszące się do pojęć ruchomość języka i sprawność języka (Pluta-Wojciechowska 2017, 2019a, 2022d).

¹³ Są to ćwiczenia typu: liczenie ząbków, oblizywanie wargi górnej czy dmuchanie. Zob. analizy tego typu ćwiczeń: Bunton 2008; Brackenbury, Burroughs, Hewitt 2008; Pluta-Wojciechowska, Sambor 2018; Ostapiuk 2013ab; Pluta-Wojciechowska 2019.

¹⁴ Zob. rozważania Koczanowicza (2011) na temat interdyscyplinarności butikowej.

Czy trzecie ujęcie dyslalii, jakim jest koncepcja tradycyjna pudrowana, to:

1. etap naturalnej transformacji postępowania w przypadku dyslalii (w drodze od tradycyjnego do nowego modelu analizy dyslalii)?
2. jedna ze strategii stopniowej asymilacji nowych propozycji poznawczych, która poprzez ujęcie tradycyjne pudrowane prowadzi do nowego ujęcia dyslalii?
3. przykład niezrozumienia zasadniczych różnic pomiędzy nowym i tradycyjnym modelem diagnozy i terapii?; niewykluczone, że opis nowego modelu diagnozy i terapii może być dla niektórych osób niezrozumiały w obliczu pozornej prostoty koncepcji J. T. Kani opartej na poszukiwaniu substytucji i deformacji oraz pozornej prostocie terapii opartej na 3 etapach postępowania;
4. dowód zrozumienia różnic pomiędzy tradycyjną a nową koncepcją dyslalii opartą na badaniach, ale nieumiejętność/niechęć/trudność rezygnacji z własnych przekonań w obliczu rutyny, przyzwyczajień?¹⁵
5. okazja do zaspokojenia własnych potrzeb, które z jednej strony nie pozwalają na otwarte przyjęcie nowych racji, z drugiej zaś pragnienie „ozdobienia”, „poprawiania” własnych działań elementami nowego modelu?

Nie wykluczam, że możliwe są jeszcze inne objawy i powody występowania tradycyjnego pudrowanego ujęcia dyslalii. Może nim być np. powierzchowne zapoznanie się z publikacjami prezentującymi nowe ujęcie dyslalii i jednocześnie skupienie się na pewnych atrakcyjnych elementach, które są „doklejane” do tradycyjnego modelu. Istotne mogą być też własne ambicje, co jest to doskonale widoczne np. w przestrzeni internetowej (i nie tylko), gdy prowadząca np. webinarium/szkolenie osoba dokonuje kradzieży elementów (myśli, ćwiczeń, strategii, schematów, struktury warsztatów) metod różnych autorów zajmujących się dyslalią (np. B. Ostapiuk, L. Konopskiej, B. Sambor, D. Pluty-Wojciechowskiej) i oznajmia, że sama opracowała własną – dodając kluczowe dla zaistnienia czy zdobycia lajku na facebooku słowo – **autorską** metodę diagnozy i terapii.

¹⁵ Nie bez znaczenia dla funkcjonowania tradycyjnego pudrowanego modelu analizy dyslalii mogą mieć jakże często przywoływane przez logopedów opinie typu: 1. *Skoro wszyscy logopedzi (czy wielu z nich) bada słuchem wymowę, ćwiczy np. rulonik z języka, dmuchanie* (przy czym dziecko świetnie dmucha, a diagnoza potwierdza brak trudności w prowadzeniu powietrza artykulacyjnego drogą ustną), *to znaczy, że tak trzeba postępować*; 2. *Skoro większość stron internetowych i publikacji na temat dyslalii opisuje diagnozę w postaci substytucji i deformacji, to znaczy, że tak należy postępować*. Komentując opisane zjawiska można zauważyć, że fakt popularności pewnych działań, opinii, zjawisk nie oznacza, że są one uzasadnione i potrzebne. Dla przykładu: popularnym zwyczajem jest jedzenie chipsów, ale czy to oznacza, że taki pokarm jest zdrowy?

Pudrowanie modelu tradycyjnego objawia się w różny sposób, ma rozmaity zasięg i motywacje. Wiąże się z 2 grupami osób: pierwsza z nich powołując się na badaczy, którzy opracowali nowy model postępowania w przypadku dyslalii, wskazuje np. przyczyny weryfikacji swoich poglądów i wprowadzania nowych wątków do modelu tradycyjnego, co należy uznać za szczególnie ważne, gdyż odsłania kulisy rozwoju własnego myślenia i może modelować zachowania innych; druga grupa korzysta z osiągnięć ujęcia nowego dyslalii, ale nie ujawnia źródeł zmiany poglądów, co budzi wątpliwości etyczne.

W kategorii „tradycyjne pudrowanie ujęcie dyslalii” można wyróżnić rozmaite subkategorie, które wiążą się z różnymi sposobami „pudrowania” modelu tradycyjnego i – co ważne – z różnymi motywacjami¹⁶. Myślę, że wprowadzenie tej kategorii analizy („tradycyjne pudrowane ujęcie dyslalii”) pokazuje bliższy prawdzie obraz polskiej logopedii w odniesieniu do wad wymowy niż podział na tradycyjny i nowy model analizy tego zaburzenia. Co więcej, przypuszczam, że przedstawione rozważania ułatwią czytelnikowi pewną autorefleksję dotyczącą własnego miejsca pomiędzy symbolicznie określonymi punktami nazwanymi „tradycyjne ujęcie dyslalii” oraz z drugiej strony „nowe ujęcie dyslalii”. Jestem też przekonana, że zaprezentowany przegląd i propozycja interpretacji różnych stanowisk skłoni do refleksji nie tylko przedstawicieli tradycyjnego i tradycyjnego pudrowanego modelu analizy dyslalii, ale również reprezentantów nowego spojrzenia na dyslalię.

Przygotowując niniejszy tekst nie byłam przekonana, że pudrowanie tradycyjnego ujęcia dyslalii jest czymś właściwym, przy czym mam na myśli logopedów i badaczy, którzy pokazują źródła wprowadzania nowych wątków do diagnozy i terapii tradycyjnej, a nie tych, którzy „pudrują” swoje działania, teksty i warsztaty „w białych rękawiczkach” (zob. przypis 16). Po sporządzeniu analizy różnych modeli postępowania w dyslalii myślę, że nie jest wykluczone, iż model pudrowany jest najprawdopodobniej jedną z naturalnych dróg asymilacji nowych idei, transformacji myśli, obecnych również w innych naukach, chociaż – co podkreślam – drogą wyboistą, zawilgą i niespójną wewnątrznie.

Analiza przyczyn występowania opisanych zjawisk związanych z ujęciem tradycyjnym pudrowanym jest ciekawym problemem poznawczym, którego jednak nie będę ostatecznie rozwiązywać w niniejszym opracowaniu. Wymagałoby to bowiem rozpoznania i analizy przeplatających się – jak sądzę – powodów

¹⁶ Można zatem wyróżnić np. ujęcie tradycyjne pudrowane „w białych rękawiczkach”, gdy badacz korzysta z modelu nowego, ale się nie powołuje na źródła i udaje, że nie zna nowych metod diagnozy i terapii; ujęcie tradycyjne pudrowane typu „błyskotka”, gdy logopeda wprowadza elementy nowego ujęcia nie w celu lepszego wyjaśnienia pewnych zagadnień, ale po to by błyszczeć i robić wrażenie na innych; ujęcie tradycyjne pudrowane „butikowe”, gdy logopeda łączy elementy nowego z tradycyjnym w sposób przypadkowy, niespójny, a jego motywacja wiąże się z potrzebą eksponowania nowości i różnorodności metod oraz dodawania własnym działaniom znaczenia.

podrowania ujęcia tradycyjnego: emocjonalnego, ambicjonalnego, charakterologicznego, merytorycznego, związanego z cechami własnych struktur poznawczych i osobowości, przyzwyczajeniem czy zaszczepieniem na wczesnym etapie kształcenia pewnych idei, co skutkuje/może skutkować trudnością w przeformułowywaniu własnych poglądów w obliczu efektu pierwszeństwa i rutyny nie tylko w aspekcie dyslalii. Pozostawiam takie rozważania psychologom, socjologom, etykom i innym specjalistom.

„POSTNOWE” UJĘCIE DYSLALII?

Jaka jest przyszłość rozwoju teorii i metodyki dyslalii? Czy nowe ujęcie dyslalii jest ostatecznym modelem analizy diagnozy i terapii wad wymowy czy też jest jednym z kolejnych etapów? Jako naukowiec i praktyk jestem przekonana, że teoria i metodyka postępowania w przypadku zaburzeń realizacji fonemów, jaka jest obecnie nazywana nowym, nie jest ostatecznym modelem postępowania, jednak jest etapem ważnym, budującym podwaliny do dalszego doskonalenia, modyfikacji postępowania w przypadku wad wymowy. Przeciwstawia się – poprzez nowe podstawy poznawcze i wyniki badań - ujęciu tradycyjnemu, którego np. metody terapii nie zostały zweryfikowane w badaniach. W jakim kierunku rozwijać się będzie teoria i metodyka zaburzeń realizacji fonemów? Nasuwające się hipotezy tworzone na podstawie analizy współczesnych badań – także własnych – są na tyle nowe i wstępne, że nie ośmielam się ich uzewnętrzniać. Skupię się zatem na przedstawieniu pewnej syntezy dokonanych i dokonujących się przemian, z których może korzystać/korzysta nowe pokolenie naukowców, logopedów (także przedstawiciele tradycyjnego paradygmatu postępowania w przypadku zaburzeń realizacji fonemów).

Współcześni i przyszli badacze dyslalii otrzymują/otrzymają pewną bazę umożliwiającą efektywne prowadzenie kolejnych analiz i badań. Ów kapitał można syntetycznie opisać następująco:

- uporządkowane narzędzie poznawcze w postaci nowego modelu analizy dyslalii, który oparty jest na spójnej teorii wad wymowy, co ułatwia prowadzenie badań, także porównawczych;
- przeprowadzone badania naukowe zaburzeń realizacji fonemów w oparciu o nowy model, co umożliwi porównywanie ich wyników (Ostapiuk 1997, 2002, 2005, 2013ab, Konopska 2002, 2006, 2015a, 2015b; Pluta-Wojciechowska 2002, 2008ab, 2010, 2011, 2015ab, 2017, 2019ab, 2020ac, 2022ab; Stecewicz, Halczy 2015; Sambor 2021; Malicka 2019; Trzaskalik 2016, 2017);

- propozycje uwzględnienia w nowych badaniach idei transdyscyplinarności – jeśli tak, to w jaki sposób transdyscyplinarność może być zastosowana w przypadku kwerendy dotyczącej zaburzeń realizacji fonemów.

W ostatnich latach pojawiły się doniesienia o badaniach artykulacji z wykorzystaniem tzw. metod obiektywnych (Konopska 2015a; Lorenc 2016; Sambor 2021¹⁷; Trzaskalik¹⁸); konieczne są jednak również badania porównawcze z wykorzystaniem metod subiektywnych i tzw. obiektywnych, np. w odniesieniu do realizacji dysmedialnych, międzyzębowych itp., czynności prymarnych; przy czym należałoby przeformułować dotychczasowy problem i nie pytać, które metody są lepsze czy dokładniejsze – obiektywne czy subiektywne, ale raczej dociekać: *jakie cechy badanych głosek lepiej czy dokładniej poznamy, wykorzystując ocenę wzrokową, a jakie wykorzystując specjalne oprzyrządowanie*, pamiętając przy tym, że słuchowo-wzrokowa metoda oceny wymowy ma swoje ograniczenia, podobnie jak tzw. metody obiektywne¹⁹.

Stosowanie nowego paradygmatu diagnozy i terapii dyslalii stawia przed logopedą wysokie wymagania związane z wiedzą i umiejętnościami, co oznacza konieczność zmiany czy też uzupełnienia standardów postępowania w zakresie wad wymowy, a także – co za tym idzie – programów i metod kształcenia logopedycznego.

DYSLALIA W KRZYWYM ZWIERCIADLE, CZYLI WYPACZONY OBRAZ DYSLALII

Przygotowana analiza nie będzie pełna, jeśli nie uwzględnimy pewnego stylu budowania obrazu dyslalii, w którym w karykaturalny sposób wykorzystywana jest wiedza zawarta w różnych opracowaniach o diagnozie i terapii zaburzeń realizacji fonemów w ujęciu tradycyjnym, tradycyjnym pudrowanym i nowym. Trudno znaleźć określenie, które w syntetyczny sposób odzwierciedlałoby istotę obrazu wad wymowy, wyłaniający się z przypadkowej kompilacji różnych wątków poznawczych skopiowanych nie tylko z różnych modeli postępowania w dyslalii, ale również z różnych poziomów i sposobów refleksji na temat diagnozy i terapii. Cechą wyłaniającego się w taki sposób tworzonego obrazu dyslalii jest m.in.:

¹⁷ B. Sambor prowadziła badania realizacji fonemów i wybranych czynności prymarnych za pomocą rezonansu magnetycznego w czasie rzeczywistym.

¹⁸ J. Trzaskalik prowadzi badania dotyczące dysmedialnej realizacji fonemów dentalizowanych z użyciem specjalnego urządzenia, o czym mówiła na Ogólnopolskiej konferencji naukowej pt. „Wadliwe realizacje fonemów. Teoria – Diagnoza – Terapia” zorganizowanej przez PTL z okazji Jubileuszu 45-lecia pracy zawodowej Pani Profesor Barbary Ostapiuk z Uniwersytetu Szczecińskiego w dniach 11-12 czerwca 2022 roku w formie online na platformie MC Teams.

¹⁹ Ramanarayanan, Tilsenc, Proctord, Töger, Goldsteinf, Nayakf, Narayanan 2018.

- nie tylko brak własnych badań na temat dyslalii, ale generalnie brak własnej refleksji na temat wad wymowy,
- brak nadrzędnej myśli, która byłaby osnową powstającego opracowania i spajałaby wątki cudzych opinii, które wyjęto z różnych koncepcji i zestawiono obok siebie,
- niefortunne, nielogiczne i niepasujące do siebie „sklejanie” elementów różnych analiz prowadzonych przez innych autorów,
- mylenie planów – fonemowego i fonetycznego,
- posługiwanie się skopiowanymi zdaniem, nierzadko bez zaznaczenia cudzysłowu itp.

Ten swoisty „mieszmasz” zestawionych ze sobą tez prowadzi do wypaczenia podstawowej wiedzy o zaburzeniach realizacji fonemów, a rysujący się obraz dyslalii przybiera wymiar karykaturalny. Dbając o jakość i elegancję języka stosownego dla artykułu naukowego, taki rodzaj powstających opracowań (obecnych w internecie i na rynku wydawniczym) można nazwać **deformowaniem** wiedzy o dyslalii czy też jej **obrazem w krzywym zwierciadle**. Zastanawiam się, jaka jest motywacja skłaniająca autorów/autorki do przygotowywania takich opracowań (w internecie, na rynku wydawniczym). Z uwagi na to, że nie są to prace mieszające się w żadnej z wyróżnionych trzech kategorii analizy dyslalii nie umieściłam ich na schemacie 2.

Podobny ogląd jakiegoś pojęcia można uzyskać, pytając tzw. sztuczną inteligencję o definicje niektórych pojęć – formalnie zdania są zbudowane poprawnie, jednak zawarta w nich wiedza merytoryczna nie jest zgodna z prawdą, a wręcz zawiera przypadkowo zestawione ze sobą zjawiska.

PODSUMOWANIE I WNIOSKI

Celem opracowania było przedstawienie argumentów odnoszących się do konieczności promowania – odmiennego od modelu tradycyjnego – nowego paradygmatu analizy dyslalii. W kolejnych częściach pracy przedstawiłam współczesny kontekst rozwoju logopedii w Polsce, który zmienia warunki prowadzenia badań i kształcenia logopedycznego. Porównałam również w wybranych aspektach tradycyjne i nowe ujęcie dyslalii, a także opisałam trzeci model odnoszący się do wad wymowy, jakim jest ujęcie tradycyjne pudrowane. Jest ono (ujęcie tradycyjne pudrowane) szczególnie interesujące przede wszystkim ze względów poznawczych, gdyż powstało w sposób niekontrolowany i zapewne inspirowany różnymi motywami. Przedstawiłam też pewną perspektywę rozwoju dyslalii jako problemu badawczego.

Ważną uwagą, którą sformułowałam (nie pierwszy raz) w opracowaniu jest to, że nowy model dyslalii nie jest znany wszystkim logopedom, co wynika z niejednorodnego kształcenia logopedycznego. Jestem przekonana, że student logopedii ma prawo znać faktyczny stan rozwoju polskiej logopedii, także w odniesieniu do zaburzeń realizacji fonemów, co oznacza konieczność poznania tradycyjnego i nowego modelu analizy dyslalii. A zatem „nieobecność” nowej koncepcji wad wymowy podczas kształcenia logopedycznego organizowanego w uczelniach (ilu?) narusza podstawowe prawa studenta. Poprzestając na opisie zjawiska pozostawiam jego rozwiązanie psychologom, etykom i socjologom oraz organizatorom kształcenia logopedycznego. Zwróćmy jednak uwagę, że niewystarczająca wiedza studenta logopedii, a potem logopedy, skutkuje nieefektywnym / mało efektywnym postępowaniem w odniesieniu do pacjenta. Warto zatem pamiętać, że na końcu cyklu kształcenia logopedycznego odnajdujemy logopedę, który będzie prowadził diagnozę i terapię pacjentów, także z dyslalią. Jeśli student nie pozna różnych ujęć tego samego zjawiska (a tylko tradycyjne), to niewykluczone, że będzie prowadził diagnozę i terapię w taki sposób, jak 60 czy 70 lat temu (lub będzie co najwyżej ozdabiał swoją terapię elementami nowego ujęcia), bez uwzględniania nowych badań, które – co ważne – dostarczają nowych i ważnych przesłanek do diagnozy i terapii. Poznawanie przez studenta odmiennych stanowisk jest ze wszech miar korzystne, gdyż łączy się z analizą, porównywaniem, dyskutowaniem, ukazywaniem mocnych i słabych stron różnych stanowisk i oznacza rozwijanie myślenia, także krytycznego.

Do pilnych zadań, jakie należy podjąć w logopedii, należy:

- prowadzenie dalszych badań dotyczących normy w obrębie nie tylko systemu fonemowo-fonetycznego, ale także np. ruchomości języka w korelacji do jakości wędzidełka języka, transformacji połykania i sposobów jego badania przez logopedów itd.;
- podjęcie dyskusji w gronie specjalistów na temat standardu postępowania w zakresie dyslalii, czego efektem powinno być / może być uzgodnienie stanowisk, uwzględnienie w programach kształcenia najnowszych wyników badań i faktycznej wiedzy o dyslalii, a nie tylko jednej perspektywy analizy tego zaburzenia, standaryzacja programów i metod kształcenia w zakresie zaburzeń realizacji fonemów, co w efekcie ułatwi dyskusję zinnymi specjalistami, np. z lekarzami, i przyczyni się do podniesienia prestiżu zawodu logopedy;
- podjęcie debaty dotyczącej katalogu metod logopedycznych i nielogopedycznych stosowanych w postępowaniu z pacjentem z dyslalią oraz – co się z tym wiąże – z różnym rozumieniem interdyscyplinarności logope-

- dii, jak również wypracowaniem systemowych rozwiązań dotyczących współpracy z innymi specjalistami;
- uzupełnienie obecnego standardu postępowania w przypadku dyslalii (Stasiak 2015)²⁰ o nowe ujęcie i wskazanie różnic pomiędzy tradycyjnym a nowym podejściem do diagnozy i terapii wad wymowy lub
 - wprowadzenie w monografię wieloautorskiej *Standardy postępowania logopedycznego* (2015) równoległego – obok tradycyjnego – standardu postępowania w przypadku dyslalii prezentującego nowy model postępowania, co odzwierciedli faktyczny stan wiedzy o diagnozie i terapii dyslalii, a nie jedynie wybrany,
 - rewizja i uaktualnienie programów kształcenia, co wiąże się z ich uzupełnieniem o nowe treści kształcenia (zob. Pluta-Wojciechowska 2022b);
 - weryfikacja metod kształcenia logopedycznego na rzecz problemowych, uwzględniających myślenie heurystyczne połączone z rozsądnym łączeniem teorii z praktyką, którego celem powinno być wyposażenie przyszłego logopedy w umiejętności pozwalające mu nie tylko na zdobycie ustrukturalizowanej wiedzy i umiejętności na temat diagnozy i terapii zaburzeń mowy, ale także rozsądne, uwzględniające najnowsze wyniki badań, umiejętne korzystanie z możliwości kształcenia, jakie oferuje np. internet, co wiąże się z oceną wartości różnej jakości wiedzy logopedycznej obecnej w tej przestrzeni i nie tylko, prowadzenie własnych badań opartych na uznany w nauce paradygmacie, zgodnie z formułą EBP.

BIBLIOGRAFIA

- ASHA – American Speech-Language Hearing Association, b.d., *Evidence-Based Practice (EBP)*, <<https://www.asha.org/Research/EBP/Evidence-Based-Practice/>> (dostęp: 20.07.2018).
- Brackenbury T., Burroughs E., Hewitt L.E., 2008, *A Qualitative Examination of Current Guidelines for Evidence-Based Practice in Child Language Intervention*, „Language Speech and Hearing Services in Schools” 38 (1), s. 78–88.
- Brumbaugh K.M., Smit A.B., 2013, *Treating children ages 3–6 who have speech sound disorder. A survey*, „Language, Speech, and Hearing Services in Schools” 44 (3), s. 306–319.
- Bunton K., 2008, *Speech versus Nonspeech: Different Tasks. Different Neural Organization*. „Seminars in Speech and Language”, vol. 29 (4), s. 267–275.
- Czaplewska E., 2012, *Diagnoza zaburzeń rozwoju artykulacji*, [w:] *Diagnoza logopedyczna. Podręcznik akademicki*, red. E. Czaplewska, S. Milewski, Gdańsk 2012, s. 65–120.
- Demel G., 1978, *Minimum logopedyczne nauczyciela przedszkola*, Warszawa.
- Emiluta-Rozya D., 2013a, *Całościowe badanie logopedyczne z materiałem obrazkowym*, Warszawa.
- Emiluta-Rozya D., Lipiec D., 2021, *Zaburzenia artykulacji – przyczyny, symptomatologia, klasyfikacje*, [w:] *Logopedia przedszkolna i wczesnoszkolna. Rozwój sprawności językowych. Podstawowe problemy logopedyczne*, red. A. Domagała, U. Mirecka, Gdańsk, s. 330–363.

²⁰ Zob. uwagi polemiczne D. Pluta-Wojciechowska (2019c).

- Forrest K., 2002, *Are oral-motor exercises useful in treatment of phonological/articulation disorders?*, „Seminars in Speech and Language”, vol. 23, s. 15–25.
- Grabias S., 2008, *Postępowanie logopedyczne. Diagnostyka, programowanie terapii, terapia*. „Logopedia” t. 37, s. 13–27.
- Grabias S., 2012, *Teoria zaburzeń mowy. Perspektywy badań, typologie zaburzeń, procedury postępowania logopedycznego*, [w:] *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*, red. S. Grabias, Z.M. Kurkowski, Lublin.
- Grabias S., Panasiuk J., Woźniak T., 2015, *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego. Podręcznik akademicki*, Lublin.
- Gúthová M., Šebianová D., 2002, *Terapia dyslalii*. [w:] *Terapia narušenej komunikačnej schopnosti*, red. V. Lechta et al, s. 119–144.
- Kania J.T., 2001, *Dyslalie na tle procesu rozwojowego artykulacji*, „Biuletyn Fonograficzny” 1967, nr 8. Przedruk J.T. Kania, *Szkice logopedyczne*, Lublin, s. 175–192.
- Kita M., 2012, „Razem”. *Konsiliencja, interdyscyplinarność, transdyscyplinarność*, [w:] *Transdyscyplinarność badań nad komunikacją medialną*, red. M. Kita, M. Ślaska, t. 1: *Stan wiedzy i postulaty badawcze*, Katowice, s. 11–30.
- Koczanowicz L., 2011, *Interdyscyplinarność między rabunkiem a dialogiem*, [w:] *Interdyscyplinarność i transdyscyplinarność pedagogiki – wymiary praktyczny i teoretyczny*, red. R. Włodarczyk, W. Żłobicki, Kraków, s. 35–43.
- Konopska L., 2002, *Jakość wymowy osób z wadą zgryzu*, „Logopedia”, t. 31, s. 157–198.
- Konopska L., 2006, *Wady wymowy u osób z wadami zgryzu*, Szczecin.
- Konopska L., 2015a, *Desonoryzacja w dyslalii. Analiza artykulacyjna, akustyczna i audytywna*, Szczecin.
- Konopska L., 2015b, *Postępowanie logopedyczne w przypadku osób z wadą zgryzu*, [w:] *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego. Podręcznik akademicki*, red. S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak, Lublin, s. 626–654.
- Kotarbiński T., 1957, *Myśli o działaniu*, Warszawa.
- Krzysztofiak W., 2022, KRYSZTOFIAK: BLOG GLOBALNY: *Naukowcy i studenci!!! Strzeżcie się psów ogrodnika* (krzysztofiak-wojciech.blogspot.com) dostęp. 25.01.2022 r.).
- Lipiec D., Więcek-Poborczyk I., 2021, *Nienormatywne dźwiękowe realizacje fonemów języka polskiego u dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym*, [w:] *Logopedia przedszkolna i wczesnoszkolna. Rozwój sprawności językowych. Podstawowe problemy logopedyczne*, red. A. Domagała, U. Mirecka, Gdańsk, s. 88–121.
- Lof G., 2009, *The nonspeech-oral motor exercise phenomenon in speech pathology practice*, [w:] C. Bower: *Children’s speech sound disorders*, Oxford, s. 181–184.
- Lof G., 2008, *Controversies surrounding nonspeech oral motor exercises for childhood speech disorders*, „Seminars in Speech and Language” 29 (4), s. 253–255.
- Lof G., 2003, *Oral motor exercises and treatment outcomes*, „Perspectives on Language, Learning and Education” 10 (1), s. 7–12.
- Lorenc A., 2016, *Wymowa normatywna polskich samogłosek nosowych i spółgłosek bocznej*, Warszawa.
- Malicka I., 2019, *Dysfunkcje oddychania i polykania jako przyczyny zaburzeń mowy dzieci w wieku przedszkolnym oraz wczesnoszkolnym*, niepublikowana rozprawa doktorska napisana pod kierunkiem dr hab. prof. UŚ Danuty Pluty-Wojciechowskiej, Katowice, Uniwersytet Śląski.
- Michalak-Widera, 2007, *Mile uszom dźwięki. Usprawnianie narządów mowy i ćwiczenia prawidłowego wymawiania głosek*, Katowice.
- Michalak-Widera I., 2012, *Terapia dyslalii*, [w:] *W świecie logopedii. Materiały dydaktyczne*, red. A. Podstolec, K. Węsierska, Katowice.

- Michalik M., 2015, *Transdyscyplinarność logopedii – między metodologiczną koniecznością a teoretyczną utopią*, [w:] *Metodologia badań logopedycznych z perspektywy teorii i praktyki*, red. S. Milewski, K. Kaczorowska-Bray Gdańsk, s. 32–46.
- Ostapiuk B., 1997, *Zaburzenia dźwiękowej realizacji fonemów języka polskiego – propozycja terminów i klasyfikacji*, „Audiofonologia”, t. 10, s. 117–136.
- Ostapiuk B., 2002, *Dziecięca artykulacja czy wada wymowy – między fizjologią a patologią*, „Logopedia” nr 31, s. 95–156.
- Ostapiuk B., 2005, *Logopedyczna ocena ruchomości języka*, [w:] *Logopedia. Teoria i praktyka*, red. M. Młynarska, T. Smereka, Wrocław, s. 299–306.
- Ostapiuk B., 2013a, *Dyslalia. O badaniu jakości wymowy w logopedii*, Szczecin.
- Ostapiuk B., 2013b, *Dyslalia ankyloglosyjna. O krótkim wędzidelku języka, wadliwej wymowie i skuteczności terapii*, Szczecin.
- Ostapiuk B., 2015, *Postępowanie logopedyczne u osób z dyslalią i ankyloglosją*, [w:] *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego. Podręcznik akademicki*, red. S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak, Lublin, s. 655–685.
- Ostapiuk B., Pluta-Wojciechowska D., Grabias S., Woźniak T., 2018, *Dyskusja po dyskusji na konferencji w Chorzowie, czyli o niektórych problemach logopedii w Polsce*, „Logopedia”, t. 1, nr 47, s. 369–398.
- Pluta-Wojciechowska D., 2002, *Realizacja fonemów języka polskiego u osób z rozszczepem podniebienia pierwotnego i/lub wtórnego – przegląd wybranych problemów, stanowisk, propozycji*, „Logopedia”, t. 31, s. 199–225.
- Pluta-Wojciechowska D., 2005, *Lowely, jody i safy*”, czyli o tzw. *substytucjach i deformacjach*, „Śląskie Wiadomości Logopedyczne” nr 8, s. 26–29.
- Pluta-Wojciechowska D., 2008a, *Zaburzenia mowy u dzieci z rozszczepem podniebienia. Badania – teoria – praktyka*, wyd. 2 poprawione i poszerzone, Bytom.
- Pluta-Wojciechowska D., 2008b, *Standard postępowania logopedycznego w przypadku osób z rozszczepem wargi i podniebienia*, „Logopedia”, nr 37, s. 175–205.
- Pluta-Wojciechowska D., 2010, *Podstawy patofonetyki mowy rozszczepowej. Dyslokacje*, Bytom.
- Pluta-Wojciechowska D., 2011, *Mowa dzieci z rozszczepem wargi i podniebienia*, Kraków.
- Pluta-Wojciechowska D., 2013, *Zaburzenia czynności prymarnych i artykulacji. Podstawy postępowania logopedycznego*, Bytom.
- Pluta-Wojciechowska D., 2015a, *Standard postępowania logopedycznego w przypadku rozszczepu wargi i podniebienia*, [w:] *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego. Podręcznik akademicki*, red. S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak, Lublin, s. 727–780.
- Pluta-Wojciechowska D., 2015b, *Analityczno-fonetyczna ocena realizacji fonemów w logopedii*, [w:] *Metody i narzędzia diagnostyczne w logopedii*, red. M. Kurkowska, E. Wolańska, Warszawa.
- Pluta-Wojciechowska D., 2017, *Dyslalia obwodowa. Diagnoza i terapia logopedyczna wybranych form zaburzeń*, Bytom.
- Pluta-Wojciechowska D., 2019a, *Dyslalia obwodowa. Diagnoza i terapia logopedyczna wybranych form zaburzeń*, wyd. 2 poprawione i poszerzone, Bytom.
- Pluta-Wojciechowska D., 2019b, *Efektywność terapii dyslalii. Logopedyczno-lingwistyczna analiza wyników badań*, Katowice.
- Pluta-Wojciechowska D., 2019c, *Orofacjologopedia*, „Logopedia”, nr 49, s. 137–158.
- Pluta-Wojciechowska D., 2020a, *Terapia strategiczna dyslalii obwodowej. Inspiracje do ćwiczeń warg i języka dla dzieci oraz dorosłych*, Bytom.
- Pluta-Wojciechowska D., 2020b, *Logopaedics as an Interdisciplinary Science in the Eyes of Speech Therapists. Preliminary Research Results*, „Logopaedica Lodziensia”, nr 4, s. 141–155.

- Pluta-Wojciechowska D., 2020c, *Terapia tradycyjna a terapia strategiczna dyslalii obwodowej*, „Logopedia” nr 49–1, s. 47–66.
- Pluta-Wojciechowska D., 2021, *Przygotowanie logopedy do pracy z dzieckiem z rozszczepem wargi i/lub podniebienia. Projekt modelu kształcenia*, „Logopaedica Lodziensia”, nr 5, s. 171–183.
- Pluta-Wojciechowska D., 2022a, *Tzw. Seplenienie boczne. O objawie i mechanizmie zaburzeń*, „Logopedia” 51–1, t. 1, s. s. 205–224.
- Pluta-Wojciechowska D., 2022b, *O kształceniu logopedów w zakresie dyslalii. Nowe wyzwania*, „Logopaedica Lodziensia”, (6), s. 209–229.
- Pluta-Wojciechowska D., 2022c, *Donata Oziemczuk, Monika Owsianowska, Nowe spojrzenie na wędzidelko języka u niemowląt i starszych dzieci*, Wydawnictwo Stomatologia Oziemczuk, Zielona Góra 2022, ss. 144. „Logopedia” 51–2, s. 299–306.
- Pluta-Wojciechowska D., 2022d, *Zaburzenia czynności prymarnych i artykulacji. Podstawy postępowania logopedycznego*, wyd. 4 poprawione i poszerzone, Bytom.
- Pluta-Wojciechowska D., 2023, w druku, *Tradycyjna a nowa diagnoza zaburzeń realizacji fonemów*. „Logopaedica Lodziensia”.
- Pluta-Wojciechowska D., Sambor B., 2018, *O popularnych, lecz dyskusyjnych ćwiczeniach języka w przypadku obwodowych zaburzeń artykulacji*, „Logopedia”, t. 1, nr 47, s. 265–278.
- Powell T.W., 2008, *An integrated evaluation of nonspeech oral motor treatments*. „Language, Speech, and Hearing Services in Schools” 39, s. 422–427.
- Ramanarayanan V., Tilsenc S., Proctord M., Töger J., Goldsteinf L., Nayakf K.S., Narayanan S., 2018, *Analysis of speech production real-time MRI*, „Computer Speech & Language” no. 52, s. 1–22.
- Rocławski B., 2010, *Podstawy wiedzy o języku polskim dla glottodydaktyków, pedagogów, psychologów i logopedów*, Gdańsk.
- Rodak H., 1992, *Terapia dziecka z wadą wymowy*, Warszawa.
- Sambor B., 2021, *Wymowa młodych aktorów. Analiza wyników badań realizacji fonemów spółgłoskowych*, Katowice.
- Słownik języka polskiego PWN*, b.d., <https://sjp.pwn.pl/> (dostęp: 25.05.2022).
- Sołtys-Chmielowicz A., 2008, *Zaburzenia artykulacji. Teoria i praktyka*, Kraków.
- Stasiak J., 2015, *Postępowanie logopedyczne w przypadku dyslalii*, [w:] *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego. Podręcznik akademicki*, red. S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak, Lublin, s. 227–236.
- Stecewicz M., Halczy-Kowalik L., 2015, *Postępowanie logopedyczne u osób po wycięciu nowotworu jamy ustnej*, [w:] *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego*, red. S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak, Lublin, s. 687–725.
- Styczek I., 1981, *Logopedia*, Warszawa.
- Trzaskalik J., 2016, *Seplenienie boczne w polskiej literaturze logopedycznej. Rozważania teoretyczne*, „Forum Logopedyczne”, 24, s. 33–46.
- Trzaskalik J., 2017, *Terminologiczne dyskusje wokół sygmatyzmu i jego rodzajów – na przykładzie sygmatyzmu lateralnego*, [w:] *Współczesne tendencje w diagnostyce i terapii logopedycznej*, red. D. Pluta-Wojciechowska, B. Sambor, Gdańsk, s. 137–153.
- Van Riper Ch., Irwin J.V., 1970, *Artikulationsstörungen. Diagnose und Behandlung*, Berlin–Charlottenburg.