

BARBARA OSTAPIUK*
DANUTA PLUTA-WOJCIECHOWSKA**
STANISŁAW GRABIAS***, TOMASZ WOŹNIAK****

*Uniwersytet Szczeciński, Katedra Pedagogiki Specjalnej

**Uniwersytet Śląski, Katowice

Zakład Socjolingwistyki i Społecznych Praktyk Komunikowania

***Uniwersytet Przyrodniczo-Humanistyczny

Instytut Filologii Polskiej i Logopedii, Siedlce

****Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie

Zakład Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-2055-7271>, <https://orcid.org/0000-0003-0425-6006>,
<https://orcid.org/0000-0003-4592-9334>, <https://orcid.org/0000-0002-6745-9639>

Dyskusja po dyskusji na konferencji w Chorzowie, czyli o niektórych problemach logopedii w Polsce

Discussion after the Discussion at the Conference in Chorzów, That Is about
Some Problems of Speech-Language Therapy in Poland

STRESZCZENIE

Prezentowany tekst został zainspirowany dyskusją, jaka się odbyła podczas logopedycznej, międzynarodowej konferencji w Chorzowie we wrześniu 2017 roku. Naukowcy dyskutowali na temat ważnych problemów związanych z teorią i praktyką logopedyczną. Kilku uczestników tej wymiany zdań postanowiło kontynuować rozmowę i podzielić się swoimi opiniami dotyczącymi nauki i praktyki logopedycznej, a także kształcenia młodych adeptów logopedii.

Słowa kluczowe: logopedia, praktyka logopedyczna, kształcenie logopedów

SUMMARY

The presented text was inspired by a discussion that took place during a speech and language conference in Chorzów in September 2017. Researchers discussed important problems related to the theory and speech-language therapy practice. Several participants of this exchange of opinions decided to continue the conversation and share their opinions about speech-language therapy (SLT) as a discipline of science and SLT practice as well as the education of young students of SLT.

Key words: speech-language therapy, speech-language therapy practice, SLT education

WPROWADZENIE

Do powstania tekstu zainspirowały nas dyskusje toczące się podczas chorzowskiej konferencji logopedycznej we wrześniu 2017 roku. Uznałyśmy je za wyjątkowe co najmniej z dwóch powodów. Po pierwsze – dyskusje były (nie tylko w programie), co jest dziś rzadkością, po drugie – były żywe, gorące, inspirujące. Pokazały zarazem, jak bardzo taka forma wymiany myśli jest pożądana na konferencyjnym spotkaniu: niemal każda odpowiedź wywoływała następne pytania, którym – gdyby nie limit czasu – nie byłoby końca (na przykład jedna z uczestniczek zdażyła zadać dwóm prelegentkom tylko trzy z kilkunastu zapowiedzianych pytań, wywołując dyskusję, w której przestała obowiązywać zasada „pytanie – odpowiedź”).

Dyskusje nad problemami omawianymi w oficjalnej części obrad konferencyjnych były kontynuowane nie tylko na gorąco w kularach, ale również w rozmowach pokonferencyjnych „na odległość”. Tekst łączy quasi-relację z części dyskusji, które toczyły się w Chorzowie (bez dochowania literalnej sprawozdawczej wierności) z późniejszymi wypowiedziami jej uczestników, którzy zechcieli przyjąć zaproszenie i przedstawić (rozwinąć) swoje poglądy w tej formie. Naszym zamiarem jest pokazanie zróżnicowania stanowisk w kwestiach, które dotyczą polskiej logopedii. Jednych interesują przede wszystkim problemy związane z rozwojem logopedii jako nauki (m.in. definiowanie, precyzowanie, dookreślanie przedmiotu badań) oraz z jej (niejasnym) statusem w obrębie formalnie wyodrębnionych dziedzin i dyscyplin naukowych, inni skupiają uwagę na logopedii jako działalności praktycznej. W obu obszarach przedmiotem troski są ważne zagadnienia związane z zakresem i jakością kształcenia oraz podmiotami uprawnionymi do kształcenia przyszłych logopedów, także w odniesieniu do logopedii światowej. Publikując ten tekst, chcemy wszystkich zachęcić do rozważań, gdyż sądzimy, że „jutro” polskiej logopedii kształtuje się również w „dzisiejszych” o niej dyskusjach.

Danuta Pluta-Wojciechowska

Uczestnikom dyskusji na V Międzynarodowej Konferencji Logopedycznej w Chorzowie postawiono następujące pytania: w jakim stanie jest polska logopedia? dokąd zmierza? co oznacza spełnianie kryteriów Evidence-Based Practice (EBP). W toczącej się dyskusji wyłoniły się także inne, szczegółowe, pytania: co odróżnia logopedię od innych dyscyplin, od innych niż logopedyczne badań naukowych czy działań praktycznych – co stanowi o jej specyfice? czy dyskusja na temat przedmiotu logopedii została już wyczerpana? czy formy kształcenia (i dokształcania) logopedów są wystarczające, aby osoba z zaburzeniami mowy uzyskała odpowiednią pomoc? czy Polska jest jak wyspa, na którą inne kraje patrzą, dziwiąc się, że można tu zdobyć kwalifikacje do zawodu logopedy, realizując oko-

ło 600 godzin na studiach podyplomowych. Pojawiają się głosy, że kształcenie logopedów w Polsce powinno być organizowane na uczelniach medycznych czy – w opinii innych – na wydziałach pedagogicznych.

Chciałabym na wyodrębnione problemy patrzeć przez pryzmat potrzeb człowieka z zaburzeniami mowy – od noworodka do człowieka w wieku senioralnym. To jemu ostatecznie ma służyć nauka, praktyka i logopedyczne kształcenie (i doszktałcanie). Rozmowę proponuję zacząć od bardzo ogólnego, kluczowego pytania: w jakim stanie jest dzisiaj polska logopedia? Czy mamy, a jeśli tak, to jakie, powody do radości?

Stanisław Grabias

Żeby ocenić aktualny stan polskiej logopedii trzeba popatrzeć na ten kawałek życia społecznego z trzech perspektyw:

- rozwoju idei: logopedia jako dyscyplina wiedzy rozwija się intensywnie od stu lat,
- stanu opieki logopedycznej,
- wreszcie – procesu kształcenia logopedów.

Największe osiągnięcia poczyniła logopedia w zakresie rozwoju refleksji naukowej. Stulecie zmieniło pole badań dyscypliny diametralnie. Logopedia przeszła drogę od biologicznej refleksji nad zaburzeniami mowy, do wiedzy nad funkcjonowaniem ludzkiego umysłu, bo komponentem umysłu jest właśnie język. Dzisiaj mamy jasno określony przedmiot badań, opracowaliśmy standardy logopedycznego postępowania w poszczególnych zaburzeniach mowy, które porządkują działania diagnostyczne i terapeutyczne logopedy. Mamy burzliwy rozwój badań logopedycznych, czego plonem są liczne publikacje naukowe i ciągle rosnąca liczba doktoratów i habilitacji. Badawcze pole logopedii zostało zagospodarowane i uładzone.

Opieka logopedyczna w Polsce zawsze stanowiła nie lada wyzwanie i nigdy nie doczekała się stanu na miarę społecznych potrzeb i możliwości specjalistów. Logopedzi znają te potrzeby, wyznacza je *logopedyczny kalendarz życia*. Logopeda jest bowiem w równym stopniu potrzebny od pierwszych chwil życia człowieka (głuchota, porażenia, autyzm), poprzez życie dorosłe (afazja), do później starości (choroba Alzheimera). Zawodzi ciągle pomoc instytucjonalna, choć istnieją placówki o ogromnych zasługach: Instytut Głuchoniemych w Warszawie, Górnośląskie Centrum w Reptach, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu w Warszawie.

Opieka logopedyczna aktualnie rozproszona, niedoinwestowana, rozwijająca się samorzutnie w dużym stopniu na zasadzie praw rynku jest ciągle słabym ogniwem rozwoju logopedii w Polsce.

Na tym tle proces kształcenia logopedów rysuje się jako sukces. Udało się w ciągu ostatnich dziesięciu lat przejść od kształcenia podyplomowego (pełnego niedostatków) do pełnowymiarowych studiów dziennych z satysfakcjonujący-

mi programami wiedzy. Oczywiście sytuacja nie jest do końca jasna. Rozprasza ją ciągle reformowanie aktywności akademickiej, brak stabilności w budowaniu toku dydaktycznego i niedostatki praktyki. To ostatnie wiąże się ze słabością instytucjonalnej opieki logopedycznej.

Barbara Ostapiuk

Jest rzeczywiście dużo powodów do radości, ale przed nami – oprócz oczywiście kontynuacji rozmaitych imponujących dokonań – nowe, współczesne, jeszcze nienazwane, wyzwania, które nie służą takiemu rozwojowi logopedii, o jakim myśleli jej twórcy i organizatorzy w drugiej połowie XX wieku. Jeszcze kilkanaście lat temu nie mogliśmy ich przewidzieć. Spróbujmy je wyodrębnić, na przykład w obszarze kształcenia. Czy rzeczywiście jest dobrze? Kształcenie na kierunkach logopedycznych w trybie studiów wyższych licencjackich i magisterskich (przypomnijmy: zaczęło się z Pańskiej inicjatywy w 2007 roku na UMCS w Lublinie, następnie w kilku innych ośrodkach akademickich) miało prowadzić do stopniowego wygaszania niedoskonałego kształcenia na trzyletnich (tzw. logopedia szkolna) lub czteroletnich (uniwersyteckich) studiach podyplomowych, które funkcjonowałyby już tylko jako forma kształcenia logopedycznego specjalistycznego (w zakresie surdo- czy neurologopedii). Wbrew nadziejom ten sposób porządkowania i podniesienia jakości kształcenia w zakresie logopedii wcale edukacji podyplomowej nie wygasił, wręcz przeciwnie – obserwujemy jej dynamiczne i ekspansywne, nierzadko także zuchwałe, wersje.

Danuta Pluta-Wojciechowska

Co więcej, programy kształcenia realizowane w różnych miejscach w formie studiów podyplomowych znacznie się różnią: rodzajem przedmiotów, treściami, liczbą godzin, sposobem realizacji praktyk itp. Absolwent studiów podyplomowych X legitymuje się inną wiedzą i umiejętnościami niż absolwent studiów Y. Nie udało się bowiem doprowadzić do przestrzegania takich samych standardów kształcenia logopedycznego. Nie było jakichkolwiek mechanizmów pozwalających egzekwować jakość kształcenia. Przestrzegany jest tylko jeden wymóg formalny: liczba godzin, którą trzeba umieścić w programie, by zgodnie z obowiązującymi przepisami wręczyć absolwentowi dokument poświadczający zdobycie uprawnień do wykonywania zawodu logopedy. Po studiach pojawia się konieczność zaspokajania, delikatnie mówiąc, „poczucia niedosytu” i niepewne wybory wśród wielu oferowanych form „doksztalcenia” na, również zróżnicowanym, „rynku” logopedycznego doskonalenia.

Podkreślam wagę problemu jakości kształcenia przede wszystkim z powodu jego znaczenia dla praktyki: tylko „dobry” program kształcenia, realizowany przez „dobrą” kadre, legitymującą się dorobkiem (naukowym, praktycznym)

może prowadzić do „dobrej” praktyki. Czy polska praktyka logopedyczna już zasługuje na to określenie, skoro – jak się jej zarzuca – nie respektuje lub respektuje nie dość dobrze światowe zalecenia uprawiania „praktyki opartej na dowodach” – Evidence-Based Practice (*EBP*), nie dąży za światem, który jest w całym innym miejscu?

Porozmawiajmy zatem o tym, dlaczego obserwujemy, z jednej strony – coraz większą liczbę osób pragnących zdobyć zawód logopedy, z drugiej zaś – coraz więcej uczelni organizujących kształcenie logopedyczne. Czy – przyjmijmy konwencję związaną z działaniem praw rynkowych – to popyt określa podaż?

Tomasz Woźniak

Na temat kształcenia logopedów, w Polsce i na świecie, mógłbym mówić długo. Jest to temat bardzo mi bliski, choćby z tytułu sześcioletniej pracy w Komitecie Edukacyjnym IALP dla Logopedów, którego jestem obecnie konsultantem. Ale chcę wypowiedzieć się krótko: należy uszanować trzyletnią pracę (2010–2013) 65 jednostek kształcących logopedów w Europie, we wszystkich krajach Unii Europejskiej (w tym Polski, reprezentowanej przez UMCS i UŚ), ale także państw spoza UE, np. Turcji. Jednostki kształcące logopedów współpracowały w ramach programu NetQues, którego celem było wypracowanie wytycznych dla kształcenia logopedów w Europie. Rezultatem programu jest wykaz kompetencji, które powinien osiągnąć absolwent kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu logopedy. Raport ten jest łatwo dostępny w Internecie, był także publikowany po polsku w „Logopedii” 42. Raport końcowy nie narzuca formy kształcenia ani szczegółowych rozwiązań dotyczących jego programów. Ten sam cel można osiągnąć różnymi drogami; UE szanuje różnorodność rozwiązań edukacyjnych w poszczególnych krajach. Ale kwintesencją raportu jest stwierdzenie, że głównym celem edukacji jest łączenie teorii z praktyką, a odpowiedni poziom kwalifikacji, w większości krajów, jest możliwy do zapewnienia dopiero w formie studiów stacjonarnych licencjackich. Polska praktyka także to potwierdza.

Moje doświadczenia z UMCS wskazują, że nasi magistranci po logopedii z audiologią stanowią zupełnie nową jakość, niemożliwą do osiągnięcia w wypadku innych form kształcenia. Sadzę, że powinniśmy poważnie potraktować wskazania NetQues (nie lubimy się wczytywać w dokumenty europejskie!) i konsekwentnie zmierzać w stronę zapewnienia odpowiednich kompetencji, w ramach kształcenia na poziomie minimum studiów licencjackich. Normalizacja w tym zakresie powinna stać się celem polskich środowisk kształcących logopedów. Praw nabytych się nie traci, dotyczy to będzie tylko przyszłych logopedów. W innym wypadku – polscy logopedzi jako całe środowisko – będą raczej przykładem braku standardów i nigdy nie spełnią wymagań obowiązujących w Europie. Przy-

znajmy to otwarcie: żadne studia podyplomowe w Polsce nie dają wystarczających kompetencji praktycznych, poziom studiów prowadzonych poza uznanymi uczelniami jest żenujący. Słyszymy co najwyżej kolejne wypowiedzi na ten temat, że i tak u nas nie jest źle, że wszystko można nadrobić entuzjazmem w pracy. Nieprawda. Niektórzy logopedzi po różnych studiach podyplomowych nie powinni być dopuszczeni do wykonywania zawodu, bo nie mają pojęcia o diagnozie i terapii nawet najczęściej występujących zaburzeń mowy. Właśnie dlatego, że jest „moda” na logopedię, należy budować jej jakość. W innym wypadku, zgodnie ze znaną zasadą, zły pieniądz bardzo szybko wyprze dobry.

Barbara Ostapiuk

To właśnie jeden z „nowych” problemów logopedii, nie tylko zresztą jej dotyczy. Czy obecnie – gdy zmieniła się świadomość zakresu działań logopedy (w przeszłości kojarzył się tylko z terapią wadliwej wymowy u dzieci po piątym–siódmym roku życia) i wzrosła liczba osób korzystających z jego pomocy (w każdym przedziale wieku) oraz wzrósł, siłą rzeczy, popyt na logopedyczne kształcenie – możemy coś zrobić, by powstrzymać to „niedobre” kształcenie, które dotknęło logopedię w wyniku współczesnej komercjalizacji i merkantylizacji „produktów edukacyjnych”? Czy obecnie jesteśmy jeszcze bardziej bezradni niż przed paroma laty?

Dawniejsza nierównowaga między popytem a podażą na rynku edukacyjnym (wielokrotnie mniejsza liczba miejsc na studiach logopedycznych niż chętnych) sprzyjała jakości kształcenia (wybrańcy wysoko sobie cenili dostęp do wiedzy). Dzisiaj jest inaczej: duży popyt i coraz więcej konkurujących ze sobą usługodawców prowadzi do obniżania ceny, a wraz z nią – jakości kształcenia. Usługobiorcy, kupującemu tę edukacyjną „wisienkę na torcie”, trudno ocenić jakość oferty, gdyż program kształcenia opisywany jest z reguły ogólnikowo lub jest w ogóle niedostępny, a wykładowcy anonsowani są jako „wybitni specjaliści” bez nazwisk. Dorzucmy jeszcze – już widoczne, jeszcze nie powszechne – współczesne socjologiczne następstwa merkantylizacji usług edukacyjnych („płace – wymagam”, „zarabiać czy wymagać”), które nie sprzyjają naprawie za sprawą samoistnych rynkowych mechanizmów regulujących.

Pedagodzy, poloniści, psycholodzy (rzadziej lekarze, aktorzy i inni) sięgają po dodatkowe wykształcenie w zakresie logopedii nie tylko dlatego, że ten zawód wybrali, ale także z innych pobudek: by zapewnić sobie atrakcyjny, wyróżniający (nobiletujący) dodatek w CV, dodatkowe źródło dochodów (kandydaci nierzadko wprost mówią, że planują po studiach otworzyć gabinet) czy zmienić zawód, czasem także ulegając swoistej modzie „na logopedię”. Ilu będzie uprawiać ten zawód z zadowoleniem i pasją, która wyrasta z poznania złożoności zaburzeń mowy? Czy efekty ich pracy są związane z poziomem kształcenia, w jakim uczestniczyli? Mało o tym wiemy.

Studenci, wybierający specjalność logopedyczną, niekiedy w toku nauki ujawniają, że ich wyobrażenia o pracy logopedy były inne. Niektórzy mówią, że sądzili, iż będą się uczyć, „jak ćwiczyć mowę w zabawie”, nie spodziewali się aż takiego zakresu wiedzy na studiach (ściślej mówiąc: tak dużych wymagań). Niektórzy z czasem zaczynają dostrzegać, że niechętnie zgłębiania wiedza teoretyczna jest potrzebna, by wiedzieć nie tylko „w co i jak się bawić”, ale „dlaczego właśnie w to”. Ilu tego progu nie przekracza?

Danuta Pluta-Wojciechowska

Logopedzi bywają zasypywani ofertami rozmaitych firm zachęcających do korzystania ze swoich usług szkoleniowych. Niektóre z nich stosują reklamowe techniki i zabiegi, które pasują raczej do sprzedaży towarów dnia codziennego, na przykład z przekonaniem obiecują, że na jednym szkoleniu, jednej konferencji można poznać uniwersalne metody terapii i znaleźć odpowiedzi na wszystkie pytania dotyczące trudnych zagadnień związanych z diagnozą i terapią. Czy jest to możliwe? Zdarza się, że szkolenia organizuje osoba, która nie jest zorientowana w problematyce logopedycznej, co rodzi przypadkowy dobór osób kształcących. Niekiedy – tu i ówdzie – adresat szkoleń, nazywany klientem, wpisuje się w rolę klienta – i w zamian za opłatę nie oczekuje wiedzy, ale prostych, uniwersalnych recept – przysłowiowego guziczka, którego naciśnięcie spowoduje natychmiastową poprawę mowy pacjenta. Takie oczekiwania nie są możliwe do spełnienia z bardzo prostego powodu – logopedię praktyczną można uznać wprawdzie za rodzaj rzemiosła/sztuki, jednak stosowanie mniej lub bardziej efektywnych trików bez ich rozumienia, czyni z logopedii tylko kuglarski bubel. Czy merkantylizacja dóbr edukacyjnych przybyła do nas z Zachodu czy też to nasza „specyfika”? Pytanie swoje kieruję do Pana Profesora Woźniaka.

Barbara Ostapiuk

Dodam jeszcze swoje pytanie: jak interpretować tę potrzebę (płatnego, nieobowiązkowego) „doksztalcania się”? Czy, w najlepszym razie, jest ona wyrazem chęci poszerzenia wiedzy zdobytej na studiach, która – skoro zdarzają się niepowodzenia w terapii – jest pewnie niewystarczająca („czegoś może nie wiem, może robię nie to, co należy?”), czy raczej, wyrazem powierzchownej konsumpcji tej wiedzy i nadziei, karmionej czasem wizją materialnych korzyści: „jak zapłacę, ktoś odkryje przede mną jakieś proste, skuteczne triki, sztuczki” (nie bez powodu szczególnie wzięciem cieszą się szkolenia anonsowane zachętą: „tylko praktyka, bez teorii”). Czy to są potrzeby logopedów, które „rynek” tylko odkrywa i zaspokaja (m.in. proponując pod hasłem *Laboratorium Biznesu Logopedy* odpowiedź na postawione w opisie oferty pytanie: „Jak tworzyć skuteczne treści

marketingowe w zawodzie logopedy?”), czy wręcz sam takie potrzeby tworzy? A może jest inaczej? Co Pan Profesor sądzi na ten temat? Czy na świecie „doksztalcanie się” jest równie popularne wśród logopedów, jak w Polsce?

Tomasz Woźniak

Jeśli chodzi o kształcenie zawodowe logopedów, zdobywanie uprawnień na studiach podyplomowych to nasza polska tradycja. „Zachód” – pod tym pojęciem rozumiem nie tylko kraje Europy Zachodniej, ale także cały obszar kultury anglosaskiej, cechuje dużo większe uregulowanie kwestii kształcenia logopedów. Co więcej – dotyczy to także „Wschodu”: Rosji i nowo powstałych form kształcenia w Azji. Jeśli chodzi o kursy doskonalące, np. w zakresie nowych metod terapii, to takie formy istniały wcześniej na „Zachodzie”, ale kontrola ich poziomu była i jest dużo wyższa. W Polsce brak przestrzegania standardów w kształceniu logopedów to dla wielu źródło łatwych zysków; mnożą się różnego rodzaju „logopedie”, nawet bez zapewnienia odpowiednich programów i poziomu kadry. To także wina przepisów. Smutne to, ale prawdziwe: chodzi o to, aby wyciągnąć jak najwięcej pieniędzy, póki jeszcze można.

Danuta Pluta-Wojciechowska

Pewnie jest też tak, że u niektórych osób – logopedów i osób prowadzących różne kursy i warsztaty – rodzi się przekonanie lub wiara, że są jakieś cudowne metody terapii, które jak zaczarowana różdżka spowodują upragnioną zmianę w mowie pacjenta. Warto zatem przypomnieć, że pacjenci są przecież różni, co oznacza konieczność dopasowania metody pracy do pacjenta, a nie wpasowania pacjenta w metodę. Osobom żądającym ostatecznych odpowiedzi na pytania dotyczące uniwersalnej metody terapii chciałabym powiedzieć, że cudownych sposobów pomocy, skutecznych w każdym przypadku po prostu nie ma, a największym skarbem logopedy nie jest katalog metod – chociaż i to jest ważne – ale umiejętność postawienia dobrej diagnozy opartej na zidentyfikowaniu objawów zaburzeń i wykryciu ich przyczyn, co ma związek z ustaleniem związków przyczynowo-skutkowych. Diagnoza to gleba dla terapii – z niej przecież wyrasta.

Barbara Ostapiuk

W taki sposób dochodzimy do kolejnych pytań, które z troski o poziom kształcenia/doksztalcania wynikają: jakie są wiedza i umiejętności logopedów w praktyce? czy logopedzi są dobrze przygotowani do prowadzenia diagnozy i terapii? czy są skuteczni? dlaczego jedni są, a inni nie są skuteczni? z czego wynika popularna wśród logopedów formuła, że terapia logopedyczna dyslalii – bez względu na rodzaj i przyczynę – z natury rzeczy jest długotrwała, żmudna, wymaga poświęcenia ze strony pacjenta? Dlaczego na przykład logopedzi uważają (wbrew

faktom), że osiągnięcie poprawy w przypadku wady wymowy u dorosłych jest prawie niemożliwe i – nie wnikając w przyczynę wady – powtarzają tę opinię sprzed lat (niektórzy upowszechniają ją w swoich publikacjach i wykładach).

Rozumiem bezradność logopedy, który „nie wiedząc, co robić”, a nawet „nie wiedząc, że nie wie, co robić”, po prostu „robi coś”, co umie, „coś”, w co uwierzył, że pacjentowi „pomocze” (na wszystko). Bezkrytycznie przyjmuje na przykład, że ćwiczenia integracji sensorycznej rozwiążą problem rotacyzmu czy dyspalatalności u pacjenta (przykłady z praktyki!). Nie rozumiem, dlaczego logopeda *a priori* wyklucza potrzebę sprawdzania innych wątków (lub robi to niewłaściwie), nie docieka, jaki mechanizm łączy rotacyzm czy dyspalatalność z dezintegracją sensoryczną. Może dlatego, że osobno był uczony o objawach, osobno o przyczynach wadliwej wymowy, osobno o metodach i technikach terapii, nie wiąże więc planowania terapii z odpowiedzią na pytanie: dlaczego wymowa jest nieprawidłowa. Doborem metod i technik naprawczych nie kieruje wówczas refleksja o zawiłych związkach między jakością wymowy a różnymi czynnikami, które o jakości tworzonych głosek decydują, lecz przypadek.

Danuta Pluta-Wojciechowska

W samym sięganiu po inne, nowe metody nie ma nic złego. Ale, jak wiadomo, diabeł tkwi w szczegółach. Jeśli logopeda zaleca dziecku płytkę przedsionkową, to oczywiście wykracza poza swoje kompetencje – jest przygotowany tylko do tego, by dostrzec taką potrzebę (i skierować do ortodonta), ale nie do tego, żeby wykluczyć jej niekorzystne działanie (w niektórych wadach zgryzu stosowanie płytki jest szkodliwe) w konkretnym przypadku (to właśnie robi ortodonta). Podsumujmy – logopeda ma stosować metody logopedyczne, ortodonta – ortodontyczne, chirurg – chirurgiczne. Pojawiają się jednak głosy następujące: a jeśli ortodonta nie zapisuje płytki przedsionkowej, choć powinien, to może lepiej, aby zrobił to logopeda. I dalej – nadrzędnym celem jest przecież pomoc pacjentowi, a zatem wolno ordynować płytkę przedsionkową, jeśli to przyczyni się do dobra dziecka. Trudno zrozumieć taką postawę w obliczu braku dostatecznej wiedzy logopedów na temat wszystkich skutków działania takiej płytki.

Barbara Ostapiuk

Oczywiście ortodonta, który nie zapisuje płytki przedsionkowej, bo nie wie, że powinien, popełnia błąd merytoryczny. Logopeda, który – „udając lekarza” – w ten sposób wtrąca się do ortodontycznego leczenia, powinien wiedzieć, że – jeśli ma rację – naraża się „tylko” na zarzut niegrzeczności, ale – jeśli jej nie ma – także na kpiny.

W praktyce takie sytuacje (niesłuszne zalecenie, niesłuszne wykluczenie zalecenia), także w przeciwnym kierunku, są częste. Przyczyna jest oczywista: nie

wszyscy, którzy jako specjaliści uczestniczą w leczeniu/w usprawnianiu różnych konkretnych zaburzeń wiedzą o nich i ich przyczynach to samo – po pierwsze: czego innego uczyli się na studiach.

Do tego dochodzą zwyczajne ludzkie słabości. Jeden specjalista uważa, że „wie lepiej” niż inny, tymczasem obaj nie dopuszczają myśli, że „wiedząc coś”, mogą „czegoś nie wiedzieć”, ani – tym bardziej – że „to, czego nie wiedzą” z innego punktu widzenia jest ważne. Weźmy pod uwagę tylko wadliwą wymowę. Powszechnie uważa się ją za banalne zaburzenie mowy, dobrze poznane, łatwe do usunięcia. Lekarz wysyła do logopedy („na ćwiczenia”). Logopeda „ćwiczy”, a jak się okazuje, że wady nie może usunąć, stosuje mantrę: „pacjent za mało ćwiczy” lub „taka jego uroda”. Nie myśli, że niektóre ćwiczenia w niektórych rodzajach niekorzystnych warunków anatomicznych (na przykład dążenie do umieszczenia przedniego brzegu języka za górnymi siekaczami w doprzedniej wadzie zgryzu) są zupełnie bezużyteczne (a nawet – tworząc kolekcję porażek – szkodliwe). Nie szuka innej przyczyny niepowodzenia, nie wie, że w procesie diagnostycznym „coś” pominął (choćby dlatego, że badał inną metodą, stosował inne kryteria).

Danuta Pluta-Wojciechowska

W praktyce obserwuje się także inną sytuację, którą opiszę na przykładzie wad wymowy – powszechnie traktowanych jako proste zaburzenie mowy. Logopeda po przeprowadzeniu badania artykulacji stwierdza, że przyczyną wady jest ankyloglosja i kieruje pacjenta do chirurga w celu przecięcia wędzidełka języka. Pacjent wraca z informacją, że lekarz nie widzi takiej potrzeby, że – według niego – „wędzidełko języka jest w normie, a ruchomość języka prawidłowa i należy tylko ćwiczyć u logopedy”. Słyszałam nawet, że lekarz zalecał rozciąganie wędzidełka języka (dyskusję na temat tzw. rozciągania wędzidełka języka pomijam, gdyż przekracza to ramy naszej rozmowy. Wspomnę tylko, że nie ma badań, które potwierdzałyby skuteczność tego typu zabiegu, a sama struktura wędzidełka nie pozwala na jego rozciąganie – zob. Ostapiuk 2013, Pluta-Wojciechowska, Sambor 2016, Martinelli, Marchesan i Gusmão 2014). Logopeda, otrzymując informację od lekarza o tym, że wędzidełko języka jest prawidłowe, czuje się niekomfortowo, przeżywa rozczarowanie, niezręczność czy wręcz nawet wstyd przed rodzicami, gdyż lekarz podważył jego autorytet. Przyczyna takiego stanu rzeczy tkwi w odmiennych kryteriach oceny wędzidełka języka, jakie uwzględnia lekarz i logopeda. Trudno się dziwić, że lekarz nie bierze pod uwagę potrzeb ruchomości języka w kontekście artykulacji, gdyż nie ma ku temu odpowiedniej wiedzy. Taką wiedzę ma logopeda. Z kolei logopeda nie jest właściwą osobą, która może decydować o sposobie wykonania zabiegu chirurgicznego, gdyż nie ma właściwych kompetencji. Wydawałoby się, że jest to sytuacja bez wyjścia, ale tylko pozornie.

Osobiście zachęcam do kontaktu z chirurgiem i wyjaśnienia powodów kierowania pacjenta na zabieg. Wiem, że takie kontakty owocują lub mogą owocować wzajemnym zrozumieniem¹.

Jednakże są jeszcze inne relacje logopeda – lekarz, których nie rozumiem. Zdarza się, że logopeda pyta lekarza „czy przyczyną wady wymowy jest skrócone wędzidełko języka?”. Takie pytanie przeczy podstawowej tezie dotyczącej przedmiotu logopedii – nauki o biologicznych uwarunkowaniach języka i zachowań językowych. A zatem nie kto inny jak logopeda – pozostajmy przy wadach wymowy – odkrywa związek pomiędzy cechami warunków percepcyjnych oraz anatomicznych i czynnościowych (tu na przykładzie ruchomości języka w kontekście ankyloglosji) a artykulacją. Współpraca pomiędzy specjalistami jest konieczna, ale oparta na poszanowaniu wzajemnych kompetencji.

Barbara Ostapiuk

Tak, nie wszyscy chcą jednak to widzieć. W praktyce można odnotować rozmaite rodzaje nieporozumień między reprezentantami różnych dyscyplin. Czasem wynikają one z niewiedzy, czasem z innych, nawet niezupełnie jasnych źródeł (m.in. przeceniania, niedoceniania swoich kompetencji, nierealnych lub realnych, a niespełnionych oczekiwań, incydentalnych złych doświadczeń, poczucia ważności), które nie sprzyjają współpracy.

Ciągle jeszcze się zdarza, że lekarz odmawia matce skierowania niemówiącego czterolatka do logopedy, bo „jeszcze się rozgada” (co tylko czasem jest prawdą), logopeda z kolei ma za złe lekarzowi, że nie usunął, a nawet nie wskazał nieoczywistego źródła jakiegoś zaburzenia (co nie zawsze jest możliwe), a powinien, bo „jest lekarzem”. Dobrze, by każda ze stron wiedziała, czego może (i czego nie może) od siebie oczekiwać. By była świadoma swoich ograniczeń.

Można cytować wiele, wręcz anegdotycznych, przykładów obrazujących niekompetencje po każdej stronie. Są wymowne i uczą pokory. Jeden przytoczę: matka była u kilkunastu lekarzy ze śliniącym się czteroletnim dzieckiem. Żaden nie zbadał języka, a ostatni (laryngolog) – w przeciwieństwie do pozostałych, którzy radzili czekać („ślinienie samo przejdzie”) – zaproponował częściową resekcję ślinianek. Logopeda z kolei zalecił zabieg frenotomii języka i konsultację ortodontyczną, gdyż stwierdził u dziecka znaczną ankyloglosję, którą – zgodnie z wiedzą o wielofunkcyjności języka – powiązał nie tylko ze ślinieniem (następstwo ograniczenia funkcjonowania języka w czynności połykania), ale również z innymi niekorzystnymi objawami: z doprzednią wadą zgryzu (następstwo skierowania siły działania mięśniowej masy języka na dolny łuk zębowy

¹ Ten temat porusza I. Malicka, *O współpracy logopedy i chirurga w przypadku ankyloglosji*, „Nowa Logopedia. Biologiczne uwarunkowania rozwoju i zaburzeń mowy”, 2011, t. 2, s. 297–304.

w wyniku doprzedniego i niskiego usytuowania języka w czynnościach i, zwłaszcza, w pozycji spoczynkowej) oraz z wadliwą wymową (następstwo dysfunkcji języka i wady zgryzu w tworzeniu pozycji i ruchów artykulacyjnych).

Danuta Pluta-Wojciechowska

Aby postawić dobrą diagnozę, logopeda, o którym była mowa, musiał powiązać objawy z przyczynami zaburzeń, a zatem jego wiedza i umiejętności musiały wykraczać poza izolowany ogląd objawu, jakim było ślinienie, i sięgać do znajomości fizjologii narządu żucia wraz z warunkującymi je cechami narządów jamy ustnej. Umiejętność wiązania objawów z przyczynami to wielki skarb logopedy. Pozwala nie tylko na dobrą diagnozę, ale także na dobrą terapię.

Podjęty temat wiąże się nie tylko z kompetencjami poszczególnych specjalistów, ale także z pozycją, jaką ma logopeda wśród lekarzy i – aby pokazać drugą stronę zjawiska – z pozycją, jaką ma lekarz ma wśród logopedów. Zastanawiam się, jak wygląda współpraca logopedy z lekarzami czy psychologami w innych krajach i jaka jest jego pozycja wśród lekarzy i innych specjalistów? Swoje pytanie kieruję do Pana Profesora Tomasza Woźniaka.

Tomasz Woźniak

Różnie to wygląda w różnych krajach świata, uciekam raczej od łatwych uogólnień, bo bardzo wiele problemów jest zaskakująco podobnych do tych w Polsce: dotyczą one diagnozowania, wpisywania rozpoznania, prowadzenia terapii. Trzeba przyznać, że na wspomnianym wcześniej „Zachodzie” nie ma większego problemu kompetencyjnego, logopedzi bowiem jako niezależni specjaliści współpracują na co dzień z lekarzami i psychologami w ramach zespołów klinicznych. W wielu krajach logopeda to zawód związany ze służbą zdrowia w większym stopniu niż w Polsce. W USA, na uniwersytecie w Seton Hall, podjęto nawet inicjatywę polegającą na wspólnym kształceniu logopedów i lekarzy: część zajęć odbywają razem, ponieważ potem mają wspólnie pracować. Redukuje się przy tym koszty. Ponadto w większości przypadków oni mają procedury: może to nudne i czasem nieludzkie, ale ogólnie bardziej efektywne i porządek jest większy. Ale wszędzie na świecie logopedzi skarżą się, że lekarze „rządzą”. Trudno, taka jest struktura służby zdrowia.

Danuta Pluta-Wojciechowska

Wspólne kształcenie logopedów i lekarzy to bardzo dobre rozwiązanie, może stanowić znakomitą podstawę porozumienia między logopedami i lekarzami, porozumienia budowanego na poznaniu założeń i celów postępowania diagnostycznego i terapeutycznego w logopedii i medycynie, także granic ich możliwości.

Pozostając przy wypowiedzianej już myśli: dobre kształcenie – dobra diagnoza – dobra terapia, porozmawiajmy o metodach logopedycznych: diagno-

stycznych i terapeutycznych. Jakie to metody? Co je odróżnia od metod stosowanych przez innych specjalistów? Jakie „grzechy” mogą być tutaj popełniane? Jeśli uznamy, że logopeda powinien posługiwać się metodami logopedycznymi, to – z jednej strony – nie powinien wykroczać poza swoje kompetencje, stosując dowolnie metody diagnostyczne czy terapeutyczne innych specjalistów, o czym wspomnieliśmy, podając przykład płytki przedsionkowej, co jednak – z drugiej strony – nie zawsze jest naganne, o czym świadczą inne podane przykłady (ocena wędzidełka języka, interpretacja ślinienia). Jakie zatem kryterium pozwala odróżniać metody charakterystyczne dla logopedii od metod nielogopedycznych?

Barbara Ostapiuk

Dodajmy, że problem granicy dotyczy nie tylko samych metod, ale również zakresu działań lekarza i logopedy. Lekarze wpisują w swoje kompetencje diagnostykę przyczyn zaburzeń mowy (szczególnie przyczyn biologicznych), logopedom pozostawiając badanie objawów i terapię. Odmienne podejście do wyznaczania granicy między tym, co „logopedyczne” i tym, co lekarskie („nielogopedyczne”) rodzi większość nieporozumień między lekarzem i logopedą. Dlatego z zadowoleniem odnotowuję obecność lekarzy w naszych działaniach i obecność logopedów w inicjatywach medycznych (m.in. w kształceniu logopedów, na konferencjach², wspólnie prowadzonych badaniach i wspólnych publikacjach³). Są one okazją do poznawania i weryfikowania opinii, poglądów, wyobrażeń. Korzyści są większe, gdy są to lekarze, którzy sami zajmują się anatomicznymi strukturami, tworzącymi odbiorczo-nadawczy aparat mowy u pacjentów (m.in. u pacjentów z uszkodzeniem słuchu, z rozszczepem podniebienia, z wadą zgryzu)⁴. Budowaniu porozumienia służyć mogą również spotkania prywatne czy wizyta lekarza u logopedy w sprawie mowy własnego dziecka, wizyta logopedy u lekarza w sprawie krótkiego wędzidełka języka⁵ (własnego dziecka lub pacjenta), czy – wymagany programem specjalizacji dla lekarzy stomatologów – tygodnio-

² Warto przywołać konferencję medyczną „Język – narząd niezastąpiony?” zorganizowaną w 2005 roku przez profesor Ludmiłę Halczy-Kowalik, do której zaproszeni zostali nie tylko przedstawiciele kilku dyscyplin medycznych, ale również reprezentanci językoznawstwa i logopedii [zob. „Annales Academiae Medicae Stetinensis”, t. LII, Supplement 3, red. L. Halczy-Kowalik].

³ M. in. B. Liśniewska-Machorowska, D. Pluta-Wojciechowska, A. Machorowska-Pieniążek, *Zaburzenia morfologiczno-czynnościowe w obrębie twarzy, zgryzu i narządu mowy w zespole Downa*, „Forum Logopedyczne” 2009, nr 15, s. 31–35.

⁴ Planując program kształcenia logopedów, warto dążyć do tego, by problematyka medyczna była realizowana nie przez jednego lekarza, lecz – omawiających wybrane zagadnienia z perspektywy własnych doświadczeń zawodowych w pracy z pacjentami – wielu specjalistów (neurologa, neonatologa, pediatrę, chirurga dziecięcego, laryngologa, foniatrę, a nawet ginekologa położnika).

⁵ Zob. Aleksandra Wicher: *Wędzidełko języka jako kontrowersyjny problem w logopedycznej refleksji z perspektywy studentki logopedii*, „Biuletyn Logopedyczny” 2016/2017, nr 1–2 (30–31), s. 75–84.

wy staż z logopedii (niestety, tylko jako alternatywa stażu z foniatry, co zresztą przestało być aktualne po zmianach programu w 2014 roku), które tworzą okazję do konfrontacji swojego punktu widzenia z podejściem „drugiej” strony. Prowadząc kilkakrotnie w latach 90. zajęcia w ramach stażu specjalizacyjnego w zakresie ortodoncji (co wynikało wyłącznie z ówczesnej niedostępności foniatry, a nie zainteresowania logopedią), miałam okazję dowiedzieć się od lekarek uczestniczących w tej formie kształcenia, jakie korzyści wynoszą z obserwacji pracy logopedy z pacjentami – *post factum* niektóre uznały ten przypadkowy kontakt z logopedą za szczęśliwe zrządzenie losu; wcześniej nie sądziły, że aż tak wiele wspólnych zagadnień łączy nasze specjalności, a uczestniczenie w zajęciach uświadomiło im, czego mogą oczekiwać od logopedy, na czym polegają jego diagnostyczne i terapeutyczne działania, jak możemy wzajemnie się wspierać w celu uzyskania poprawy u pacjenta z jednoczesnym problemem ortodontycznym i logopedycznym. Dociekając, dlaczego wykreślono staż u logopedy z programu kształcenia specjalizacyjnego stomatologów w 2014 roku, dowiedziałam się niedawno, że jest to skutek negatywnych opinii lekarzy, którzy w takich w stażach uczestniczyli (czego źródłem może być nie zawsze dobre kształcenie logopedów).

Potrzeba budowania współpracy logopedów z ortodontami (oraz lekarzami innych specjalności) wynika bezpośrednio z faktu, że jedni i drudzy zajmują się narządami, które są wielofunkcyjne. Różne przeszkody czy nieudane przedsięwzięcia w budowaniu współpracy nie powinny nas zrażać – możemy, ustalając źródła nieporozumień, dążyć do lepszych rozwiązań, a idea częściowo wspólnego kształcenia logopedów i lekarzy, o której mówi prof. Woźniak, jest warta szczególnej uwagi.

Wracając do kwestii logopedycznych metod – z jednej strony mamy do czynienia z bardzo szybkim przyswajaniem rozmaitych nowości, także z innych obszarów (m.in. integracja sensoryczna czy kinesiotaping), z drugiej – z brakiem weryfikacji metod i technik logopedycznych, wypracowanych w tym okresie rozwoju logopedii, w którym – jak podkreśla profesor Grabias – „praktyka wyprzedzała refleksję teoretyczną”. Niektóre z nich trwają niewzruszenie w logopedycznym repertuarze („od zawsze na zawsze”), choć ich zasadność jest we współczesnej refleksji kwestionowana (czasem są tylko nieefektywne, czasem – wręcz szkodliwe). Myślę między innymi o ćwiczeniu „unoszenia języka do nosa”, ulubionym w terapii (każdej!) dyslalii, czy ćwiczeniach oddechowych, które jako rytualny element inicjują każde (niemal) spotkanie z logopedą, nawet gdy nie są potrzebne („taki zestawik startowy”, jak ironicznie określił je student logopedii).

Czy nie sądzicie Państwo, że za mało uwagi poświęcamy weryfikacji tego, co wcześniej wypracowano w praktyce, badaniu zależności efektów od środków zastosowanych w konkretnym zaburzeniu, zwłaszcza w kontekście braku efektów w terapii (w tym analizie błędów w praktyce)? Taką ideą kierują się na przykład

inżynierowie budowlani, którzy systematycznie, od kilkudziesięciu już lat, organizują konferencje poświęcone wyłącznie analizie przyczyn zaistniałych katastrof i awarii budowlanych.

Danuta Pluta-Wojciechowska

Lista „startowych zestawików” jest dłuższa. Mam wrażenie, że niepisana reguła jest taka: jak nie wiem, co dokładnie zrobić, zalecam dmuchanie, ćwiczenia warg oraz tzw. pionizację języka (bywa, że dla jednych oznacza ona unoszenie języka do nosa, dla innych – tworzenie grotu, a dla jeszcze innych retropozycję języka). Ciągłe za mało w logopedii mówimy o istocie diagnozy rozumianej jako poszukiwanie związków pomiędzy objawem a przyczyną, a także o tym, że działania postdiagnostyczne, w tym terapia logopedyczna, wynikają z rozpoznania, że logopeda ma być świadomy tego, dlaczego zaleca to, a nie inne, ćwiczenie. Jego działania nie powinny być przypadkowe, ale wynikać z rozumienia mechanizmu powstawania tego, a nie innego, zaburzenia mowy. Co więcej, stosowane metody – co podkreślano na konferencji – powinny być oparte na dowodach. Porozmawiajmy o tym zagadnieniu, gdyż budziło ono żywą dyskusję.

Barbara Ostapiuk

To rzeczywiście ważne zagadnienie, wymaga ustalenia „Co jest/nie jest dowodem?”. Jeśli na przykład uzyskanie pożądanego efektu uznamy za dowód skuteczności stosowanej metody, to czego dowodem jest brak efektu? Czego dowodem jest wybór ćwiczeń, które – z punktu widzenia wiedzy fonetycznej – są zbędne lub niekorzystne, jak na przykład, zwężające i wydłużające język, ćwiczenie „unoszenia języka do nosa” (szczególnie u osób z seplenieniem bocznym czy międzyzębowym)?

Z drugiej strony – czy mamy rezygnować w terapii ze spontanicznych eksperymentów, które rodzą się w praktyce, a których skuteczności nie potwierdzono jeszcze w badaniach, tylko dlatego, że wykraczają poza zaakceptowany, uznany repertuar środków? Świat stanąłby w miejscu. Profesor Woźniak przywołał na konferencji wymowny przykład konserwatywnej reakcji środowiska medycznego sprzed 150 lat na propozycję zmiany postępowania zgłoszoną przez lekarza Sommelweisa, który znalazł wyjaśnienie przyczyny gorączki połogowej u kobiet, porównując liczbę zgonów w dwóch klinikach w jednym szpitalu (gdzie pracował). Z łatwo dostępnych faktów (gorączka połogowa jest częstsza wśród pacjentek kliniki ginekologii, w której poród odbierają lekarze/studenci przychodzący do porodu po przeprowadzeniu sekcji zwłok kobiet zmarłych w wyniku gorączki połogowej), wyciągnął wnioski (chorobę przenoszą sami lekarze) i dowiódł w praktyce, że mycie rąk jest skutecznym działaniem zapobiegawczym. Środowisko zareagowało gwałtowną dezaprobatą wobec autora, trwając przy

swoich przekonaniach, stanowczo – wbrew faktom – odrzuciło jego „nowe”, „inne” myślenie.

Na innej konferencji poruszenie wzbudziła zachęta do ordynowania „specjalnych ziół” w logopedycznej terapii jąkania w celu wywołania pozytywnej reakcji psychicznej pacjenta, która powstaje jako następstwo efektu placebo (łac. *placere* ‘podoobać się’). Niestety, w koncepcji tej nie podano, jak zapobiec występowaniu odwrotnych skutków stosowania placebo, nazwanych efektem nocebo (łac. *nocere* ‘szkodzić’).

Danuta Pluta-Wojciechowska

Dodam także inne pytania: czy zatem tzw. dawna logopedia jest nic niewarta, bo nie była oparta na dowodach? Czy standardy postępowania logopedycznego opisane w podręczniku nie powinny być stosowane, bo nie wszystkie są oparte na dowodach? Nie – przecież tylu pacjentom logopedzi pomagali także wtedy, gdy o tzw. dowodach nikt nie mówił.

W zwrocie „praktyka oparta na dowodach” moją uwagę zwraca słowo „dowód”. Co jest dowodem? Co i w jakich okolicznościach uzyskuje status dowodu? Dla przykładu, badanie wymowy może być prowadzone za pomocą słuchu. Czy wynik tego badania jest dowodem naukowym? Czy też raczej słabszym dowodem niż wynik badania za pomocą wzroku i słuchu? A może jeszcze lepszym dowodem jest wynik badania za pomocą artykulografu lub rezonansu magnetycznego badającego pracę narządów mowy „tu i teraz” w czasie rzeczywistym? Odpowiedź na te pytania wbrew pozorom nie jest oczywista, gdyż chociażby zastosowanie artykulografu zmienia warunki przebiegu badanego procesu, a zatem wpływa na wyniki badania oraz – co istotne – uniemożliwia ocenę chociażby pracy języka ze względu na symetrię i kształt. A zatem takie badanie także będzie miało swoje ograniczenia, pomimo że zastosowano urządzenie.

Odnoszę też wrażenie, że hasło „praktyka oparta na dowodach” ma inną wartość semantyczną. To raczej rozsądne przypomnienie logopedzie, że dane uzyskane w trakcie badań naukowych prowadzonych w odniesieniu do znacznej liczby osób są istotne, ale niewystarczające, aby zaproponować pacjentowi dobrą dla niego terapię – istotne jest zatem doświadczenie, umiejętności logopedy i analiza, tego a nie innego przypadku. Myślę też, że obraz pacjenta, jaki wyłania się z wyników testów statystycznych, bywa całkiem odmienny od obrazu osoby, z którą mamy do czynienia w gabinecie „tu i teraz”. Nie oznacza to, że badania z użyciem dużych grup i testów statystycznych ukazujących zależności relevantne nie są istotne. Są bardzo ważne dla nauki, gdyż ukazują pewne prawidłowości badanych procesów. Sama w badaniach naukowych uwzględniam testy statystyczne.

Podczas terapii stosuję podstawową zasadę – metodę należy dopasować do pacjenta, co oznacza, że opieram swoje działania z jednej strony na wiedzy na-

ukowej, czyli opartej na wynikach badań, z drugiej zaś na diagnozie, którą stale aktualizują podczas bieżących działań związanych z terapią. Innymi słowy stale zadają sobie pytanie: dlaczego pacjent ma trudności w wykonaniu danego zadania, dlaczego zastosowana metoda sprawia pacjentowi trudność, jak zmodyfikować zalecaną metodę, aby przyniosła pozytywny skutek w odniesieniu do tego, a nie innego pacjenta. Poszukiwanie odpowiedzi na pytanie *dlaczego pojawiają się trudności?* podczas diagnozy i także podczas terapii jest kluczem efektywnej terapii i nie zastąpią go „najcudowniejsze metody”, ponieważ pacjenci różnią się między sobą.

Tomasz Woźniak

Założenia Evidence-Based Practice (praktyki opartej na dowodach), jak sama nazwa wskazuje, odnoszą się do praktyki, ale mają dalej idące konsekwencje. Należy zdać sobie sprawę z faktu, że logopedia, w przyjętym na świecie rozumieniu, jest osobnym zawodem z jednej strony oraz dyscypliną naukową z drugiej. Te dwa komponenty zdecydowanie należy rozdzielić. Ale oba łączy trzeci komponent, najważniejszy: jest to nasz pacjent, klient, człowiek, z którym pracujemy. Człowiek ten ma swoje realne potrzeby: nie mówi, mówi źle, chce mówić lepiej; ma uwarunkowania biologiczne i społeczne, ograniczenia, emocje. Nie jest bytem abstrakcyjnym. Wprowadzenie zasad EBP miało na celu przede wszystkim zapewnienie maksymalnej skuteczności interwencji logopedycznej i ochronę pacjenta przed niesprawdzonymi, często nieetycznymi metodami. Zasady te mówią: podejmując interwencję terapeutyczną, stosuj te metody, których działanie jest najlepiej udowodnione i skuteczne. Nawet jeśli nie wiesz, dlaczego metoda działa, to chociaż weź pod uwagę dane statystyczne oceniające jej skuteczność. W tym sensie docenianie wartości „dowodu”, jakim jest skuteczność interwencji, jest całkowicie zrozumiałe. Tak stało się w przypadku popularnego na świecie sposobu prowadzenia terapii jękających się dzieci w ramach Lindcombe Program – nie wiadomo dlaczego działa, ale jego skuteczność i brak skutków ubocznych są rzetelnie udowodnione. Ale tu także zaczyna się wpływ EBP na naukę. Bo zasady formułują następujące wymogi postępowania badawczego: jeśli nie wiesz, dlaczego metoda działa, to: 1) postaw pytania podstawowe, 2) wybierz najlepiej udowodnione hipotezy, stworzone na podstawie rzetelnych badań empirycznych, 3) porównaj przyjęte dowody z przypadkami twoich pacjentów, 4) zastosuj je w praktyce 5) ponownie oceń skuteczność.

Stosowanie terminu „logopedia oparta na dowodach”, tak jak „medycyna oparta na dowodach” jest jedynie konstrukcją kognitywną, opisującą postawę, która nakazuje włączyć w praktykę konieczność dostarczania aktualnie najlepszych możliwych wyjaśnień, opartych na badaniach empirycznych. W metodologii badań zaś stosowanie wszelkich procedur obiektywizujących wyniki, często przez długie lata nie było to możliwe, królowały koncepty niepotrzebujące

dowodów; koncepty te z punktu widzenia współczesności okazały się częściowo lub całkowicie błędne. Historia poszukiwań naukowych to także historia błędzenia ludzkiej myśli. Znany astronom Kepler powiedział, że pierwszy jego błąd polegał na tym, że uznał tory planet za doskonałe koła, co było zgodne z nauczaniem Kościoła i twierdzeniami wszystkich filozofów. Dane empiryczne zweryfikowały ten pogląd, od czasów Keplera wiemy, że tory planet to elipsy. Podobnie rzecz się ma w praktyce logopedycznej – w terapii zaburzeń mowy najlepszym przykładem jest w tym wypadku leczenie jąkania za pomocą zabiegu chirurgicznego polegającego na poprzecznym nacięciu języka, który to zabieg był wykonywany w połowie XIX wieku. Zaprzesano tej praktyki, bo zdarzały się nawet wypadki śmiertelne (jak sądzę wskutek zakażenia pooperacyjnego), a jąkanie nie ustępowało całkowicie. Działanie to wynikało z teoretycznego założenia, że przyczyna nie płynności tkwi w narządach mowy. Obecnie, głównie dzięki technikom neuroobrazowania i nowym technikom diagnostycznym w zakresie akustyki i audiologii, dopracowanym metodom analiz statystycznych i rzetelnej metodologii badań, mamy nieporównywalnie lepsze dowody na podłoże zaburzeń mowy niż nawet dwadzieścia lat temu. Perspektywa badań uwzględniająca zasady EBP w logopedii jest już przyjęta ogólnie na świecie, sprawdza się. W mojej opinii rozpatrywanie: „czy należy je przyjąć?” może przypominać dyskusje na temat otwarcia drzwi, które już są szeroko otwarte. Faktem jest, że zawsze w nauce starano się dostarczać dowodów. Ale nie zawsze dotyczyło to praktyki. Faktem jest także, że wprowadzenie wyraźnych wymagań, wynikających z zasad EBP, w wielu krajach stworzyło już nową jakość w ocenie pracy logopedów i w prowadzeniu badań – proszę przejrzeć artykuły w najwyżej punktowanych logopedycznych czasopismach świata, gdzie odwołania do EBP są powszechne. Sama EBP nie ingeruje natomiast w metodologię żadnej dyscypliny naukowej, która wspomaga interwencję terapeutyczną w logopedii, psychologii czy medycynie. Wymaga tylko dowodów potwierdzających prawdziwość formułowanych tez czy skuteczność przyjmowanych rozwiązań. Zresztą wszystkie wymienione wyżej dyscypliny naukowe opierają się na metodologicznych założeniach indukcji niepełnej: każdy koncept teoretyczny musi zostać udowodniony na podstawie doświadczenia. Nie można dowodu przeprowadzić jedynie w ramach logicznego wywodu. Pojawiający się w dyskusji opór wobec terminu, zapożyczonego, nowego, mogą rozumieć jedynie jako brak wystarczających informacji na temat EBP lub niewłaściwa jej interpretacja.

Barbara Ostapiuk

Przedstawia Pan Profesor poprzeczne nacięcie języka wykonywane w wyniku teoretycznego założenia, że przyczyna nie płynności tkwi w narządach mowy jako dziewiętnastowieczny przykład królowania konceptów, które okazały się częściowo lub całkowicie błędne oraz podaje, że zaprzestano tej praktyki (funkcjonującej bez dowodów), bo zdarzały się nawet wypadki śmiertelne (jak sądzę

wskutek zakażenia pooperacyjnego), a jąkanie nie ustępowało całkowicie. Rozumiem, że „niepełna skuteczność” w obliczu śmiertelnego zagrożenia to argument przemawiający za rezygnacją z nacinania języka. Nie rozumiem, dlaczego mielibyśmy go uznać a priori za dowód niesłuszności założenia, iż przyczyna niepłynności może tkwić w narządach mowy. Czy niepomyślne wypadki w leczeniu czegokolwiek mogą dyskredytować założenia, które leczenie uzasadniają? Czym innym jest decyzja o podjęciu/niepodjęciu leczenia i sposobie leczenia (każdy wybór niesie ryzyko), czym innym – ocena racji stojących za każdym wyborem.

Nie zajmuję się terapią jąkania. Nie mogę jednak przemilczeć, że kilku moich pacjentów z dyslalią ankyloglosyjną oraz współwystępującą niepłynnością mowy uzyskało płynność mówienia po leczeniu ankyloglosji (bez terapii jąkania). Nie jest to dowodem w pełnym tego słowa znaczeniu. Jest jednak powodem, bym zachęcała logopedów do weryfikacji związku między niepłynnością mowy pacjentów a jakością ich wymowy oraz jakością ich aparatu wymowy (zwłaszcza pod względem swobody ruchomości języka). Pozostaje dla mnie tajemnicą, jakie czynniki decydują o różnicy między osobami z ankyloglosją, które mówią płynnie, a tymi, które mówią niepłynnie. Jednym z nich wydaje się, łatwe do mierzenia, tempo mówienia oraz, być może, relacja tempa mówienia w odniesieniu do – trudnego do mierzenia – tempa myślenia.

Tomasz Woźniak

Mogę tylko stwierdzić, że teza o zależności ankyloglosji i niepłynności, oparta na obserwacjach Pani Profesor, wymaga precyzyjnych badań na dużej populacji. W innym przypadku możemy mówić tylko o kazuistce lub zbiegu okoliczności, bez znaczącego wpływu na teorię pochodzenia jąkania.

Stanisław Grabias

Zwykle jest tak, że postępowanie praktyczne w określonych dziedzinach życia wyprzedza refleksję teoretyczną. Logopedia szczególnie zrodziła się z postępowania praktycznego. Przyszedł jednak czas nadania jej statusu nauki, który wymaga komponentu teoretycznego na miarę poziomu współczesnej refleksji o człowieku i o języku.

Logopedia, jak każda nauka utrwalona tradycją, ma moc diagnozowania interesujących ją zjawisk (diagnostyka), przewidywania możliwych stanów tych zjawisk i budowania programów naprawczych (prognostyka) oraz sięgania do wiedzy budowanej na dany temat w przeszłości (anagnostyka). Wszystkie te komponenty wiedzy (diagnostyczna, prognostyczna i anagnostyczna) budują naukę. Sama terapia zaś w myśl założeń metodologii nauk pozostaje poza obrębem nauki – jest działaniem praktycznym.

Nauka musi się opierać na faktach, które to pojęcie należy do filozofii nauki. Warto, zgodnie z sugestią I. Kanta, przyjąć, że faktem naukowym jest „zdarzenie

sensoryczne” (doświadczenie zewnętrzne), poddane interpretacji podmiotu poznającego (doświadczenie wewnętrzne), skonceptualizowane poprzez język (konwencja) i przygotowane do społecznego przekazu.

Fakty badawcze rozmaicie prezentują się na różnych poziomach organizacyjnych logopedii: – na poziomie diagnostycznym logopeda ma dokonać najpierw deskrypcji zachowań językowych, a następnie ich interpretacji. Deskrypcja polega na analizie komponentów wypowiedzi (np. wymowy, motoryki, agramatyzmu, struktur tekstowych). Analiza ta wymaga potężnego aparatu pojęciowego zaczerpniętego częściowo z lingwistyki, a częściowo wytworzonego w procesie opisu zaburzeń mowy. Interpretacja zaś (odpowiedź na pytanie: dlaczego te fakty u określonego człowieka zaistniały i co powodują w jego zachowaniach?), wymaga przynajmniej wiedzy z zakresu neurobiologii, audiologii, psychologii, pedagogiki, socjologii. W interpretacji więc logopeda musi korzystać z kompetencji specjalistów wymienionych dyscyplin. Zarówno fakty badawcze, jak i ich interpretacja zależą od rozległości wiedzy i poziomu refleksji badacza.

Terapia (postępowanie zmieniające stany niepożądane), w odróżnieniu od diagnozowania, jest działaniem nie tylko poznawczym, ale również wolicjonalnym i emocjonalnym, wykorzystującym fakty diagnostyczne i tradycje w postępowaniu logopedycznym. Należy zatem do technik praktycznych, a więc jest „rzemiosłem”, albo lepiej – „sztuką”. Ponadto zdecydowanie innego działania wymaga usprawnianie czynności biologicznych warunkujących mowę, a innego programowanie języka i struktur tekstowych.

Pojęcia „logopedia oparta na faktach”, „terapia oparta na dowodach” są w logopedii stereotypami, przejętymi z nauk medycznych. Termin „medycyna oparta na dowodach” ma sens wobec działalności różnej maści „cudotwórców” i „szarlatanów”. W logopedii cuda się nie zdarzają, każda terapia jest ogromnym wysiłkiem logopedy i pacjenta. W diagnostyce logopedycznej zawsze najważniejsze są „fakty”, a pojęcie „terapia logopedyczna oparta na dowodach” jest w gruncie rzeczy puste, z pewnością nieprzemyślane do końca, wobec złożoności logopedycznych faktów badawczych. Polska logopedia realizowała tę maksymę zawsze, począwszy od czasów Władysława Ołtuszewskiego z przełomu XIX i XX wieku.

Wydaje się, że stosowane obecnie metody i techniki postępowania logopedycznego wyznaczone są następującymi trzema postawami budowania terapii:

1. Postawa biologizująca:

- Ujmują ją tak: 1) „Język dzieje się w mózgu”. Zaburzenia mowy, takie jak jąkanie, dyzartria, alalia (w związku z przetwarzaniem słuchowym), w dużym stopniu autyzm, są zaburzeniami funkcjonowania określonych struktur mózgowych. 2) Terapia logopedyczna ma usprawniać czynności biologiczne, bo one przecież generują umysł.

Obserwujemy ogromny przyrost metod usprawniania biologicznego. Mają łatwość powstawania. Wydaje się jednak, że nie można utożsamiać języka z bio-

logiczną organizacją mózgu. Gdyby tak było, to najskuteczniejszą metodą byłaby „pigulka logopedyczna”. Język jednak jest komponentem umysłu, a pigulka nie ma tam mocy. Zadaniem logopedy jest właśnie rozluźnianie determinacji komponentów biologicznych i umysłowych. To umysł ma działać na mózg. Język w autyzmie się sam nie naprawi – trzeba go zaprogramować.

2. Postawa kreacjonistyczna:

Wynika z założenia (chyba intuicjonizmu), że wartościowej wiedzy trzeba szukać także poza rozumem.

Teoretyk i praktyk takiego postępowania prof. Z. Tarkowski sądzi, że każdy chwyt terapeutyczny jest dobry, byle prowadził do złagodzenia objawu dysfunkcji. Logopeda ma dostarczyć umysłowi ludzkiemu takiej mocy, aby mógł on (ten umysł) dokonać zmian w funkcjonowaniu, a nawet w strukturze uszkodzonego mózgu. Postępowanie takie dokonuje się nie tylko na zasadzie świadomych kroków terapeutycznych, ale na zasadzie nieracjonalnej kreacji.

3. Postawa kognitywistyczna:

Faktem jest, że to mózg generuje umysł (także język). Wiemy też, że chory mózg generuje umysł niewydolny, a uszkodzony mózg degeneruje umysł. Należy więc założyć, że:

- Język wykształcony w różnym stopniu staje się bytem względnie autonomicznym i poddaje się programowaniu. Logopeda ma programować język i budować programy zachowań językowych.
- Programowanie języka i zachowań językowych uzależnione jest ściśle od dysfunkcji w sferze biologicznej: inaczej w afazji i jej rodzajach, inaczej w głuchocie, inaczej w autyzmie i jeszcze inaczej w zespole Aspergera. Terapia wymaga gruntownej wiedzy o języku i ludzkich możliwościach.

Pytanie, na które warto zawsze odpowiadać, brzmi: dobrze to czy źle, że mamy narastające zbiory metod terapeutycznych? Sądzę, że dobrze. Ale to do logopedy należy ocena sensu ich stosowania. Logopeda ma być świadomy każdego kroku terapeutycznego.

Danuta Pluta-Wojciechowska

To ważny głos. Proponując pacjentowi terapię, logopeda powinien wiedzieć, dlaczego stosuje taką, a nie inną metodę postępowania. Wpisuje się to – moim zdaniem – w takie rozumienie sentencji „praktyka oparta na dowodach”, które przypisuje logopedzie ostateczny wybór metody terapii, biorąc pod uwagę doniesienia naukowe.

Z katalogiem metod diagnozy i terapii wiążą się standardy postępowania logopedycznego, które porządkują postępowanie logopedyczne – diagnozę i terapię. Dobrze byłoby, aby standardy postępowania logopedycznego zyskały aprobatę całego środowiska logopedycznego. Oznacza to konieczność dalszej dyskusji z różnymi ośrodkami logopedycznymi tak, aby uzyskać konsensus. Marzy mi się,

aby powołać zespoły specjalistów rekrutujących się z różnych ośrodków i to, by one w toku dyskusji, spierania się o ważne aspekty diagnozy i terapii, ostatecznie doskonalili i kształtowali standardy postępowania logopedycznego w przypadku danego typu zaburzenia. Obecne modele pracy w przypadku danych zaburzeń mowy mają często charakter autorski. Sama przygotowałam standard postępowania logopedycznego w przypadku zaburzeń mowy dzieci z rozszczepem wargi/podniebienia i przyznam, że lepiej bym się czuła, gdybym mogła przedyskutować pewne kwestie z innymi logopedami specjalizującymi się w pracy z dzieckiem z wadą w obrębie środkowej części twarzoczaszki.

Tomasz Woźniak

Chcę tylko dodać, że coraz bardziej jestem przekonany, że logopedia w sensie wykonywania zawodu, to dużo więcej niż budowanie systemu języka, usprawnianie jego realizacji lub jego odbudowa. To także cała sfera oddziaływań psychologicznych, społecznych i fizjoterapeutycznych, które oczywiście mają wspomóc skuteczność ludzkich zachowań językowych, ale daleko wykraczają poza mowę. Ponadto uważam – przyznaję to niechętnie, jako językoznawca także – że samo pojęcie języka nie jest jeszcze ostatecznie zdefiniowane – duże nadzieje wiąże z rozwijającą się ostatnio refleksją nad „ucieleśnieniem języka”, będącą konsekwencją rozwoju tezy gramatyki kognitywnej. Język jako wynik współdziałania ludzkich możliwości poznawczych, opartych na biologii, działaniu mózgu, ale też ludzkich emocjach i kontaktach społecznych, wynik równoczesnego sprzężenia wielu modułów, które tworzą semantykę i syntaktykę wypowiedzi – to zadanie, które przed nami staje.

Barbara Ostapiuk

Podjęta problematyka dotycząca terapii logopedycznej i jej zasięgu, granic wiąże się z pojęciem interdyscyplinarności. Co Pan Profesor o tym sądzi?

Stanisław Grabias

Nie jest prawdą, że błądzimy po omacku, zastanawiając się, czym jest język. Refleksja na temat języka, jego roli i organizacji jest najjaśniejszą stroną refleksji o ludzkim umyśle. W terapii logopedycznej trzeba mieć ostro zarysowany cel, żeby się nie zgubić. Logopeda na swoim gruncie jest budowniczym umysłu, a język jest ścieżką, która go do tego umysłu prowadzi. Jeśli rozmyjemy terapię logopedyczną na usprawnianie wszystkich czynności ludzkich, to zgubimy po drodze cele logopedii. Logopeda bowiem, budując język, ma ułatwić człowiekowi poznanie świata, zbudować sposób przekazu wiedzy, umożliwić istnienie w grupie społecznej. To jest tak wiele, że nie należy szukać więcej.

Od początków refleksji nad zaburzeniami mowy borykamy się z problemem interdyscyplinarności. Pojęcie to nakazuje oglądać pole badawcze logope-

dii z perspektywy kilku dyscyplin, po to, by zbudować taką metodologię, która jasno wyznaczy obszar badań i pozwoli widzieć problemy we właściwej hierarchii.

Jak wiadomo (a toczyliśmy dyskusje od osiemdziesiątych lat XX wieku), z interdyscyplinarnością wiąże się więcej kłopotów niż korzyści: na gruncie naszych badań nie powstała żadna „intermetodologia logopedyczna”, a kilka dyscyplin od zawsze rości sobie pretensje do logopedii – tradycyjnie foniatrya, pedagogika, lingwistyka stosowana, a ostatnio również audiologia. W gruncie rzeczy tkwimy w jakiejś metodologicznej hybrydzie, zarówno badawczej, jak i terapeutycznej, wydzierając sobie różne poletka: np. trudności w czytaniu i pisaniu (pole psychologii), emisję głosu (pole foniatryi), przetwarzanie słuchowe (pole audiologii), wychowanie sensoryczne (pole pedagogiki).

Są też i instytucjonalne konsekwencje tego stanu rzeczy. Nie mamy w Polsce możliwości doktoryzowania z logopedii. Studia logopedyczne prowadzone są w ramach kilku dyscyplin wiedzy, a kompetencje absolwentów znacznie od siebie odbiegają (szczególnie w zakresie studiów podyplomowych, ale także i dziennych – inaczej wygląda profil kształcenia na uczelniach medycznych, a inaczej na uniwersytetach).

Polskie Towarzystwo Logopedyczne od lat zabiegało o formalne uznanie logopedii za samodzielną dyscyplinę wiedzy i wpisanie jej na urzędową listę takich dyscyplin. Uzyskało w tych staraniach poparcie: Rady Języka Polskiego PAN, Komitetu Językoznawstwa PAN, Komitetu Nauk Klinicznych PAN, Sekcji Dydaktycznej IALP-u, także Komitetu Nauk Pedagogicznych PAN. Czekamy na opinię Ministerstwa w tej sprawie, a w dobie reformy szkolnictwa wyższego czekamy cierpliwie.

Sądzę z zupełną pewnością, że współczesna logopedia klaruje się na styku lingwistyki (bo chodzi o język i zachowania językowe), neurobiologii (bo mózg generuje umysł, a język, będąc częścią umysłu, również ten umysł stwarza) i wreszcie audiologii (bo z jakichś powodów mózg tak działa, że uczynił słuch jedyną drogą wiodącą język do umysłu – głusi i głuchoniewidomi języka nie mają).

Fakty badawcze budowane przez te dyscypliny proponują ująć w perspektywie transdyscyplinarnej, której ramy wyznacza teoria interakcji. Teoria społecznej interakcji jest koncepcją spójną i szeroką: daje narzędzia do opisu wszelkich zachowań ludzkich – także zaburzeń mowy. Jest ponadto uniwersalna, bo w każdej kulturze i każdej sytuacji ludzie rozmawiają.

Jeśli w modelu interakcji umieścimy logopedię, to wyraźnie rysują się komponenty diagnozy i komponenty terapii. Diagnoza składa się, jak wiadomo, z deskrypcji (opisu stanów języka) i interpretacji (wskazywania przyczyn tych stanów):

1. deskrypcja (odpowiada na pytanie: jak jest?), opisuje sprawności językowe i komunikacyjne (sprawność systemową, społeczną, sytuacyjną i pragmatyczną) i fotografuje stan kompetencji,

2. interpretacja (odpowiada na pytanie: dlaczego tak jest?) i przywołuje przyczyny w sferze biologicznej.

To możliwości biologiczne człowieka budują kompetencję, kompetencja zaś generuje sprawności językowe i komunikacyjne. Każda z tych sfer: sprawności biologiczne, kompetencja językowa i komunikacyjna oraz sprawności językowe i komunikacyjne wymagają odrębnych potrzeb terapeutycznych.

Danuta Pluta-Wojciechowska

Pan Profesor poruszył ważny problem – samodzielność logopedii jako dyscypliny naukowej. Dlaczego mamy napotykać tu trudności? Czy może ma to związek z tym, że specjaliści dyscyplin zajmujących się także mową – jednak z innej niż logopedia perspektyw – chcieliby włączyć logopedię do obszaru własnej dyscypliny? Myślę, że do takich dyscyplin należą: medycyna, językoznawstwo, pedagogika, psychologia. No tak, ale językoznawcy, psychologowie, medycy, pedagodzy uważają, że też zajmują się językiem, mową, czynnościami językowymi, biologicznymi i innymi podstawami mowy i języka. Czy nie jest tak, że mogą obawiać się, że chcielibyśmy im tego odmówić? Być może stąd bierze się pewna – trudno znaleźć odpowiednie słowo – obawa przed samodzielnością logopedii? Jak sądzę, dążąc do samodzielności, nie oczekujemy, że językoznawcy przestaną zajmować się badaniem języka, a lekarze badaniem krtani itd., albo że bez logopedów nie mogą tego robić. Oczekujemy, że uwzględnią, iż logopedia wchodzi na ich pokoje, w sprawie zaburzeń mowy zrobiła więcej niż suma tego, co robiła każda z nich. Zbyt śmiało weszliśmy przez otwarte drzwi? Nonsensem by było je minąć! Czerpiąc garściami z dorobku tych dyscyplin, robimy coś, czego żadna z nich sama nie zrobiła: tworzymy zupełnie nową, oryginalną całość, scaloną wokół problemu zaburzeń języka i mowy.

Barbara Ostapiuk

Tak, tak – w dodatku, dodajmy, jeśli reprezentanci innych dyscyplin uważają, że logopedia właśnie do nich należy, bo oni zajmują się zaburzeniami mowy (w tym wymowy), to dlaczego nie tworzą swoistej metodologii, uwzględniającej wszystkie aspekty tak wyodrębnionego przedmiotu badań. Dla pedagogiki na przykład logopedia jest ważna tylko jako działalność praktyczna! Uważa się ją za subdyscyplinę pedagogiki specjalnej, która jest subdyscypliną (również formalnie niewyodrębnioną) pedagogiki – w tym sensie warto ją „zatrzymać”, by prowadzić kształcenie w zakresie logopedii. Czym logopedia jest dla medycyny? Dlaczego jest dla niej wartościowa? Czy medycynę interesuje poszukiwanie lepszych rozwiązań naprawczych? Jeśli tak, dlaczego nie uwzględnią odkrytych w badaniach logopedycznych związków między objawami a przyczynami zaburzeń mowy? W niektórych obszarach zaburzeń mowy poglądy w medycynie utknę-

ły w dalekiej przeszłości. Czasami można żałować, że nie w jeszcze dalszej, na przykład – nie byłoby logopedycznych badań nad związkiem ankyloglosji z wadą wymowy, gdyby były badania medyczne o ankyloglosji jako przyczynie dysfunkcji języka. Zamiast badań była powszechnie panująca opinia, że krótkie wędzidełko języka nie ma żadnego znaczenia, w co lekarze i logopedzi „wierzyli” przez długie lata (do końca XX wieku) (niektórzy wierzą do dziś).

Tomasz Woźniak

Całkowicie zgadzam się ze stwierdzeniem definiującym przynależny logopedii obszar badań jako transdyscyplinarny. Narastająca w ciągu XIX stulecia wiedza i praktyka dotycząca zaburzeń mowy, wywodząca się z obszaru różnych nauk, zaczęła się integrować na początku XX wieku, głównie wobec wyzwań praktycznych – jednym z nich była znaczna liczba młodych mężczyzn, byłych żołnierzy, którzy na skutek odniesionych w czasie wojny ran i traumatycznych przeżyć cierpieli na różne zaburzenia mowy. Trzeba było im pomóc, gdyż ich stan fizyczny pozwalał przeważnie na pełne uczestnictwo w życiu społecznym – problemem były tylko deficyty komunikacji. Pierwsze wystąpienia specjalistów dotyczyły opracowań dokonanych w związku z rysującymi się potrzebami: dotyczyły afazji, zacinania się, zaburzeń wymowy i w niewielkim stopniu zaburzeń głosu. I tak w 1924 powołuje się już międzynarodowe stowarzyszenie foniatrów i **logopedów**. Obecnie w większości krajów UE przyjmuje się, że logopedia jest z jednej strony naukową dyscypliną ze specyficznym obszarem badań, z drugiej zaś strony osobnym zawodem, z własnym obszarem wykonywanych działań zawodowych. Obszar ten definiuje się tak (zacytuję dokumenty CPLOL we własnym tłumaczeniu): „...Logopedia jako dyscyplina dotyczy ludzkiej komunikacji i czynności połykania, ich przebiegu, rozwoju i zaburzeń w szczególności opisu, oceny i terapii głosu, mowy (mówienia i języka) oraz zaburzeń połykania. W zakres ludzkiej komunikacji należy włączyć procesy związane z rozumieniem i produkcją ustnych i pisemnych wypowiedzi, a także odpowiednich form komunikacji niewerbalnej. Logopedia bada wszystkie poziomy mowy...”. Żadna inna nauka nie integruje tak rozległej wiedzy związanej z mową i nie odnosi jej do działań praktycznych, związanych z terapią ludzi dotkniętych zaburzeniami mowy. Przeważnie lekarz nie ma pojęcia o języku, językoznawca o anatomii, psycholog o artykulacji, pedagog o połykaniu. Każda z tych nauk dostarcza wiedzy cząstkowej na temat mowy, jej rozwoju, funkcjonowania i zaburzeń. Jednak nowa jakość tworzy się na obszarze przekraczającym granice każdej z nich. To obszar transgraniczny, terytorium logopedii. W logopedii wypracowana została już odpowiednia aparatura pojęciowa, służąca opisowi mowy, w zintegrowanej perspektywie biologiczno-społecznej i sformułowane zostały odpowiednie standardy interwencji. Pozwolę sobie na osobiste wspomnienie. Kiedyś, podczas prowadzenia praktyk

neurologopedycznych w szpitalu, lekarz zadał mi pytanie: jaka jest właściwie różnica między neuropsychologiem klinicznym a neurologopedą? Jeden i drugi, wedle niego, robią to samo, to znaczy prowadzą diagnozę i terapię afazji. Odpowiedziałem mu pytaniem: co zrobi psycholog, kiedy pacjent oprócz afazji ma zaburzenia dyzartryczne lub u innego pacjenta występuje sama dysfagia? Nic. Logopeda będzie umiał zdiagnozować te zaburzenia i podjąć terapię. To właśnie ta różnica.

Danuta Pluta-Wojciechowska

Zwrócenie uwagi na formalne problemy z samodzielnością logopedii, kształceniem, prowadzeniem diagnozy i terapii – co odzwierciedliło się w naszej rozmowie – skłania do sformułowania pytania: czy są to wszystkie ważne dla logopedii sprawy do załatwienia? I co należy zrobić, aby je rozwiązać?

Widzę jeszcze inne „sprawy do załatwienia”. Na przykład warunki pracy logopedów, w tym liczba godzin pracy, liczba osób na terapii (logopedzi np. w przedszkolach w myśl obowiązujących przepisów przyjmują po kilka osób jednocześnie), ochrona zdrowia logopedów – ich narządu głosu, który jest niezbędny do pracy. Ponieważ debata nad tymi zagadnieniami mogłaby stać się odrębnym tematem kolejnej „dyskusji po dyskusji”, proponuję przełożyć ją na inną okazję, a teraz zająć się przedmiotem logopedii. Przedmiot badań w polskiej logopedii został określony przez Pana Profesora Stanisława Grabiasa. Kolejne pokolenia uczą się, że są to biologiczne uwarunkowania języka i zachowań językowych. Jednakże – można zapytać – co z innymi, niebiologicznymi uwarunkowaniami języka i zachowań językowych, takimi, jak czynniki społeczne czy emocjonalne. Co Pan Profesor o tym sądzi?

Stanisław Grabias

Wydawało mi się, że problem przedmiotu badań logopedii: „nauka o biologicznych uwarunkowaniach języka i zachowań językowych”, jest jasny i ostry. Ale skoro pojawia się pytanie, co z „socjalizacją i emocjami” w tak ujętym przedmiocie dyscypliny, to należy go jeszcze wyostrzyć.

Pojęcia „język” i „zachowania językowe” są syntezą rozstrzygnięć budowanych przez trzy wielkie teorie lingwistyczne XX wieku – strukturalizmu, gramatyki generatywnej i socjolingwistyki.

1. „System językowy” zdaniem strukturalistów jest wynikiem socjalizacji jednostek i pozwala budować zdania zgodnie ze zwyczajem społecznym. Język jest więc sposobem na socjalizowanie się członków grupy społecznej. „Kompetencja językowa” zaś według założenia generatywistów jest przyrodzona człowiekowi: jednostka otrzymuje ją w prezencie, jako egzemplarz ludzkiego gatunku. Nie mamy dostatecznie precyzyj-

nej wiedzy, jak ustalić próg socjalizacji potrzebny do tego, by dziecko rozwinęło wrodzony mechanizm budowania „zdań gramatycznie poprawnych i sensownych”. Możemy natomiast, posiłkując się badaniami neurobiologicznymi, które przesądzają o słuszności stanowiska generatywistów, sformułować zasadę, że do szóstego roku życia decyduje biologia, a po szóstym roku życia do mechanizmów biologicznych intensywnie dołącza socjalizacja i ona ostatecznie decyduje o roli jednostki w grupie społecznej.

Jasne jest, że te prawidłowości winny wpływać na terapię logopedyczną: w pierwszym okresie życia dziecka najistotniejsze jest usprawnianie sensoryczne i wychowanie słuchowe, w następnych zaś winno być ono poszerzone o programowanie języka i zachowań językowych.

2. Pojęcie „zachowanie językowe” jest synonimem „wypowiedzi”. Każde zachowanie językowe jest bowiem wypowiedzią budowaną zwykle za pomocą słów i środków gestowo-mimicznych. Od siedemdziesiątych lat XX wieku, czyli od czasu sformułowania założeń socjolingwistyki, wiemy, że każda wypowiedź jest „usytuowana”: 1) odnosi się do rzeczywistości (reprezentacja), 2) obrazuje na zasadzie indeksu biologiczne, umysłowe i emocjonalne możliwości nadawcy (ekspresja), 3) wreszcie przynosi informacje na temat intencji i sposobów ich realizowania (impresja, sterowanie zachowaniami odbiorców).

Dobrze jest dla logopedy, by umiał zanalizować wypowiedź w kategoriach: 1) sprawności systemowej (gramatyczność wypowiedzi), 2) sprawności społecznej (umiejętność istnienia w grupie społecznej, czyli stopień socjalizacji), 3) sprawności sytuacyjnej (umiejętność stosowania określonych form wypowiedzi) i wreszcie 4) sprawności pragmatycznej (emocjonalność nadawcy i jego umiejętność realizowania celów).

Zachowanie językowe jest realizacją „kompetencji komunikacyjnej”, a ta, w myśl socjolingwistów jest zawsze wynikiem socjalizacji. Pojęcie logopedii jako nauki o „biologicznych uwarunkowaniach języka i zachowań językowych” wynika ze stanowiska, że to biologia ludzka właśnie (procesy zachodzące w mózgu i dziejące się na obwodzie) determinuje język człowieka i możliwości jego użycia. Socjalizacja zaś dostarcza jednostce wzorców zachowań, jednakże na miarę jej biologicznych możliwości, które decydują przecież o emocjach. Wszystkie te komponenty w przypadkach dysfunkcji biologicznych człowieka mogą odbiegać, i zwykle w różny sposób odbiegają (w zależności od dysfunkcji) od zachowań w normie.

Danuta Pluta-Wojciechowska

Moją uwagę zwraca Pana stwierdzenie, że „do szóstego roku życia decyduje biologia, a po szóstym roku życia do mechanizmów biologicznych intensywnie

dołącza socjalizacja i ona ostatecznie decyduje o roli jednostki w grupie społecznej” oraz, że „w pierwszym okresie życia dziecka najistotniejsze jest usprawnianie sensoryczne i wychowanie słuchowe, w następnych zaś winno być ono poszerzone o programowanie języka i zachowań językowych”.

Uważam, że dziecko już od urodzenia podlega intensywnej socjalizacji (od pierwszego dnia życia gromadzi różnorodne doświadczenia, także w kontakcie z językiem, najpierw jako osoba słuchająca mowy, i zaskakująco szybko – już po kilku miesiącach – rozumiejąca mowę, a z końcem pierwszego roku życia – także mówiąca). Z tego właśnie wynika sens bardzo wczesnego wspomaganie językowego rozwoju w odniesieniu do dziecka z ryzyka zaburzeń rozwoju mowy. Rodzaje i kolejność działań, jakie logopeda może proponować, organizując wsparcie wczesnych interakcji dziecka z otoczeniem, wynikają bezpośrednio z porządku rozwoju mowy ustalonego przez naturę: od treningu w słuchaniu do słuchania mowy i jej rozumienia, od rozumienia mowy do mówienia, co łączy się właśnie z socjalizacją. Logopeda może wspomagać rozwój językowy dziecka od urodzenia, jeśli stwierdzi, że może on być zagrożony, między innymi organizując interakcje dziecka z otoczeniem zgodnie z porządkiem ustalonym przez naturę, pamiętając, że – jak pisał Waldemar Tłokiński – „Mowa jest funkcją wielu funkcji”.

Danuta Pluta-Wojciechowska

I na zakończenie proszę po jednym zdaniu na każde z pytań: Dokąd zmierza polska logopedia? Czego życzyć polskiej logopedii?

Stanisław Grabias

Logopedia obejmuje swoją refleksją coraz szerzej i precyzyjniej pole badań wyklarowane na styku ludzkiej biologii i umysłu, a ujawniające się w postaci zaburzeń mowy. Znaczną część tych zaburzeń logopedia opisała satysfakcjonująco. Z wieloma radzi sobie bardzo dobrze w terapii, wobec niektórych staje bezradnie – nie jest w stanie nieść skutecznej pomocy, np. w chorobie Alzheimera, wielu przejawach dyzartrii i autyzmu. Te trzy zaburzenia stanowią nie lada wyzwanie na czas najbliższy i pewnie czas dalszy.

Marzy mi się, aby w świadomości społecznej logopedia stała się nauką docenianą, a logopeda nie był tylko specjalistą od usuwania *wad wymowy*. Minęło już 60 lat od powstania Polskiego Towarzystwa Logopedycznego, 40 lat od utworzenia pierwszych studiów podyplomowych, a postrzeganie tego zawodu nie wiąże się z należyтым jego rozumieniem. Nadzieję na zmianę tego stanu wiąże z absolwentami pięcioletnich studiów dziennych i ich gruntownym wykształceniem.

Problemy, które logopedia podejmuje, dotyczą ludzkiej biologii, języka i umysłu. Rozumienie ich wymaga wiedzy dalece specjalistycznej i rozbudowa-

nej. Życzę świadomości, szczególnie przedstawicielom nauk medycznych i pedagogom, że trzeba mieć swoistą aparaturę pojęciową, żeby po badawczym polu logopedii się poruszać i budować programy terapii logopedycznej. Logopedia bowiem nie jest ani medycyną, ani pedagogiką.

Tomasz Woźniak

W mojej ocenie, o czym już mówiłem, najistotniejsze dla polskiej logopedii sprawy związane są z powszechnym przyjęciem wysokiej jakości kształcenia logopedów, w tym kształtowania odpowiednich kompetencji. To z kolei, w dużym stopniu, wiąże się także z uznaniem przez władze samodzielnosci logopedii jako dyscypliny naukowej. Natomiast jestem dużo spokojniejszy, jeśli chodzi o sprawę prowadzonych badań naukowych, które prowadzone są coraz lepiej. Druga sprawa to jakość wykonywania zawodu. Praktyka zawodowa powinna być kontrolowana pod kątem stosowania odpowiednich standardów, w tym zasad praktyki opartej na najnowszej, zweryfikowanej na ile się tylko da wiedzy – jeśli ktoś nie lubi terminu „opartej na dowodach”. Można rozważać budowanie struktur podobnych do izb rzemieślniczych czy izby lekarskiej. Czego życzyć? Pragmatycznie rzecz biorąc: zrozumienia i przychylności organów państwowych oraz władz samorządowych.

Barbara Ostapiuk

Czego życzyć logopedii? Przede wszystkim tego, by dostrzeżone zostały przesłanki przemawiające za uznaniem jej dyscyplinarnej odrębności (m.in. oryginalność przedmiotu badań i metodologii w logopedycznych badaniach naukowych) oraz znaczenie takiej decyzji (ważnej m.in. w kwestii jakości kształcenia). Obecnie, gdy dyscypliny naukowe są łączone, szanse wydają się jednak znikome.

Za bardzo ważną, istotną dla praktyki, uważam z kolei potrzebę ulepszania współpracy między logopedami i innymi specjalistami, którzy uczestniczą w diagnozowaniu i leczeniu/terapii osób z zaburzeniami mowy. Warunkiem dobrej współpracy w postępowaniu diagnostycznym i naprawczym jest przekazywanie poszczególnym specjalistom – nie tylko jednak przy okazji wcześniej przywołanych okazjonalnych formalnych i nieformalnych spotkań, lecz w procesie formalnego, obowiązkowego kształcenia – cząstki podstawowej wiedzy o przesłankach i celach działania w obrębie innych specjalności. Oczywiście, inna cząstka wiedzy medycznej potrzebna jest logopedom, inna cząstka wiedzy logopedycznej potrzebna jest ortodontom, inna neurologom, inna pediatrom itd.

Danuta Pluta-Wojciechowska

Chciałabym, aby środowisko logopedyczne wspólnie dążyło do realizacji najważniejszego celu, jakim jest samodzielność dyscypliny. Aby to osiągnąć, powinniśmy rozwijać nie tylko logopedyczną teorię i praktykę, ale także pozyski-

wać przychylność różnych środowisk. Koniecznie należy podejmować dyskusję dotyczącą istotnych problemów logopedii oraz integrować działania różnych ośrodków w Polsce. Nie jest to łatwe zadanie. Wiem jednak jedno: dyskusja, wymiana opinii, a może nawet spór na jakiś temat są polskiej logopedii potrzebne. Mam nadzieję, że nasza *Dyskusja po dyskusji*.... przyczyniła się do zaanonsowania ważnych i mniej ważnych problemów, które są obecne w polskiej logopedii.