

STANISŁAW GRABIAS

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

Logopedia – nauka o biologicznych uwarunkowaniach języka i zachowaniach językowych

**Logopedics – The Science of Biological Determinants of Language
and Language Behaviors**

STRESZCZENIE

Logopedia jest nauką o biologicznych uwarunkowaniach języka i zachowań językowych. Opisuje i ocenia kompetencję poznawczą, językową i komunikacyjną, ocenia sprawność w realizowaniu tych kompetencji oraz objaśnia biologiczne przyczyny warunkujące ich stan. Śledzi zatem udział języka w kształtowaniu umysłu jednostek (w ich zróżnicowanej kondycji biologicznej) i w budowaniu interakcji. Ponieważ jest nauką stosowaną, to buduje także strategie postępowania zmieniające niepożądane stany języka i możliwości zachowań językowych.

Tak pojęta dyscyplina wiedzy pozwala w jej zakresie wyodrębnić dwa pola aktywności badawczej: profilaktykę logopedyczną i zaburzenia mowy.

Profilaktyka logopedyczna buduje wiedzę na temat diagnozowania sprawności językowych i komunikacyjnych, rozwijania i podtrzymywania tych sprawności u osób pozostających w normie biologicznej i umysłowej. Da się wydzielić trzy obszary działań wypełniających przestrzeń profilaktyki: „wczesną interwencję logopedyczną”, „diagnozowanie stanu słuchu i mowy u dzieci” oraz „logopedię artystyczną”.

Zaburzenia mowy wymagają od logopedy umiejętności diagnozowania zaburzeń, budowania programów terapii i prowadzenia terapii.

Poprzez diagnozowanie logopeda rozpoznaje zaburzenie oraz uzyskuje wgląd w poznawcze, językowe i komunikacyjne sprawności, który jest niezbędny w programowaniu i prowadzeniu terapii. Dociera do poznawczych czynności mówiącego (poprzez słownictwo, sprawność semantyczną i umiejętności narracyjne) oraz do umiejętności budowania przekazu (poprzez analizę intencji i sposobów ich realizowania, analizę czynności mówienia, sprawność dialogową, językową sprawność społeczną).

Dwie procedury prognostyczne – programowanie i prowadzenie terapii – dostarczają wiedzy na temat następujących strategii postępowania: a) budowanie kompetencji

poznawczej, językowej i komunikacyjnej (w głuchocie, alalii, oligofazji, autyzmie, wypadkach padaczek), b) usprawnianie czynności mówienia (w dysglosji, jąkanii, dyzartrii), c) stabilizowanie rozpadu języka (w afazji, pragnozji, schizofazji, demencji).

Słowa kluczowe: logopedia, profilaktyka logopedyczna, zaburzenia mowy, procedury prognozowania logopedycznego, typologia zaburzeń mowy, prognostyka logopedyczna, strategie postępowania logopedycznego, diagnostyczne czynności mowy.

SUMMARY

Logopedics is the science of biological determinants of language and language behaviors. It describes and evaluates cognitive, language and communication competences, and assesses performance in implementing these competences, as well as it explains the biological causes that determine this state. It therefore investigates the participation of language in developing individuals' minds (in their diversified biological condition) and in building interactions. Since it is an applied science it also builds logopedic management strategies that change the undesirable states of language and the possibilities of language behaviors. The discipline thus understood permits us to distinguish two fields of its research activities: logopedic prevention (prophylaxis) and speech disorders.

Logopedic prevention forms the knowledge of diagnosing language and communication skills, as well as of developing and maintaining these skills in persons within the biological and mental norms. Three areas of activities in the prevention space can be distinguished: "early logopedic intervention", "diagnostication of the condition of hearing and speech in children", and "artistic logopedics".

Speech disorders require that a logopedist/speech therapist be able to diagnose disorders, devise therapy programs and carry out therapies.

Through diagnosis, the logopedist can identify a disorder and gain insight into the cognitive, language and communication skills, which is necessary for programming and carrying out treatment. He accesses the speaker's cognitive functions (through vocabulary, semantic skills and narrative skills) and the speaker's ability to build a message (by analyzing the intentions and the ways of realizing them, by analyzing the activity of speaking, dialogic skills, and the social language skill).

Two prognostic procedures: programming and conducting a therapy provide knowledge about the following management strategies: a) building cognitive, language and communication competences (in deafness, alalia, oligophasia, autism, and in epilepsy incidents), b) improvement of speaking functions (in dysglossia, stuttering and dysarthria) c) stabilizing of language disintegration (in aphasia, pragnosia, schizophasia and in dementia).

Key words: logopedics, logopedic prevention, speech disorders, logopedic prognostication procedures, typology of speech disorders, logopedics prognostication, logopedic management procedures, diagnostic speech actions.

Logopedia ciągle jeszcze wymaga dyskusji nad przedmiotem badań, samodzielnością metodologiczną i należnym jej miejscem w obrębie innych nauk, bowiem wraz z rozwojem wiedzy nad zachowaniami ludzkimi zagadnienia dotychczas przypisywane logopedii niepomierne się skomplikowały i rozrosły.

W kontekście formuły XVII Zjazdu Polskiego Towarzystwa Logopedycznego – „dwieście lat logopedii w Polsce” – wyrażam przekonanie, że problemy te należy z dotychczasowej refleksji wydobyć, jaskrawiej uwydatnić i postawić na nowo. Przekonaniu memu sprzyja fakt, że w ciągu ostatnich lat ujawniły się nowe, determinujące niemalże możliwości odmiennego niż dotychczas widzenia sprawy, a także zarysowały konieczne potrzeby. Pozostają one w związku z niebywałą wprost zmianą form kształcenia logopedów w Polsce.

Budując przed laty postrukturalistyczny układ tez, wyznaczający nowy w relacji do ujęć Leona Kaczmarka przedmiot logopedii, przyjąłem Kaczmarkowską wiarę i argumenty uzasadniające jej naukową samodzielność.¹ Rzeczywiście – nikt przed L. Kaczmarkiem tak ostro problemu autonomii logopedii nie stawiał,² choć dla argumentacji, którą 50 lat temu przyjął i upowszechnił, sprawa nie przedstawia się dostatecznie jasno.

Mam powody sądzić, że proces dochodzenia logopedii do samodzielności zakończył się wraz z utworzeniem w Uniwersytecie Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie i w Uniwersytecie Gdańskim pełnowymiarowych – licencjackich i magisterskich studiów logopedycznych.³ A działo się to cztery lata temu, po orzeczeniu wydanym przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego. Za rok wyjdą pierwsi absolwenci studiów magisterskich, z tak szeroko zakrojonym programem kształcenia, jakiego w dziejach rozwoju polskiej logopedii dotychczas nigdy nie było.⁴

¹ S. Grabias, *Logopedia – jej przedmiot i stopień zaawansowania refleksji metanaukowej*, [w:] *Przedmiot logopedii*, seria: „Komunikacja językowa i jej zaburzenia”, t. I, red. S. Grabias, Lublin 1991, s. 26–47; por. też *Perspektywy opisu zaburzeń mowy*, [w:] *Zaburzenia mowy*, seria: „Mowa, teoria, praktyka”, t. I, red. S. Grabias, Lublin 2001, s. 11–43.

² L. Kaczmarek, *O polskiej logopedii*, [w:] *Przedmiot logopedii*, seria: „Komunikacja językowa i jej zaburzenia”, t. I, red. S. Grabias, Lublin 1991, s. 5–25.

³ W UMCS nazwa kierunku brzmi „logopedia z audiologią”. Odpowiedzialność za część audiologiczną kształcenia przejął Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu w Warszawie, którym kieruje prof. dr hab. Henryk Skarżyński.

⁴ Ciągłe jeszcze najważniejszą formą nadawania uprawnień zawodowych w naszym kraju są czterosemestralne logopedyczne studia podyplomowe (realizują minimalny program kształcenia w przynajmniej sześciuset godzinach zajęć) oraz dwusemestralne podyplomowe studia specjalizujące się w zakresie neurologopedii lub surdologopedii. Mimo tak ustalonych przed laty ogólnych wymogów, istniejące aktualnie, niezliczone wprost studia podyplomowe obdarzają swoich absolwentów nieporównywalną w skali kraju wiedzą. Nieporównywalne tym samym okazują się także możliwości programowania i prowadzenia terapii logopedycznej. Mamy nadzieję, że pełnowymiarowe studia logopedyczne, realizujące programowe i kadrowe rygory narzucone polityką naukową, wprowadzą w proces kształcenia należyty ład i poziom stosowny do osiągnięć wiedzy o człowieku, języku i zaburzeniach mowy.

Studia są oczywiście ważnym argumentem organizacyjnym – owocem intensywnego w ostatnim czasie rozwoju badań logopedycznych.⁵ Ja jednak muszę popatrzeć na problem samodzielności logopedii z perspektywy, która nie była dana L. Kaczmarkowi – twórcy tego postulatu. Otwiera ją niebywały wprost rozwój lingwistyki, neurobiologii, audiologii, psycholingwistyki, socjolingwistyki – dyscyplin, które z ogromną wnikliwością budują refleksję na temat zachowań ludzkich.

Metodologia naukowa dysponuje wieloma narzędziami, które satysfakcjonująco pozwalają orzekać o poziomie rozwoju dyscypliny i jej miejscu w obrębie innych nauk. Najbardziej przekonują tezy wywodzące się z neopozytywistycznego modelu nauki, które stawiają przed obszarem wiedzy przybierającej postać autonomicznej dyscypliny, przynajmniej trzy następujące wymogi:

- ostro zarysowany przedmiot badań i odpowiadający temu przedmiotowi poziom refleksji metanaukowej,
- hierarchia realizacji celów: każda nauka realizuje przede wszystkim cele diagnostyczne; diagnozowaniu zjawisk służy też gromadzenie dotychczasowej wiedzy w interesującym daną naukę zakresie – cele anagnostyczne; nauki stosowane formułują jeszcze cele prognostyczne – tworzą teorię i praktykę działań naprawczych,
- stosowne procedury badawcze i narzędzia weryfikujące ich skuteczność.⁶

Oto wybiórczy z konieczności przegląd teoretycznych problemów polskiej logopedii, poukładanych zgodnie z porządkiem zawartym w opisanym modelu. Koncentruję się w nim na ideach, a nie na ich zastosowaniach w budowaniu metod postępowania terapeutycznego.

⁵ Wiodące w tym względzie są trzy ośrodki badawcze: UMCS w Lublinie, który może poszczycić się najdłuższymi tradycjami, Uniwersytet Gdański i Uniwersytet Pedagogiczny w Krakowie.

Lublin jest siedzibą Polskiego Towarzystwa Logopedycznego i miejscem wydawania „Logopedii” (pismo jest rocznikiem, ukazał się 38. tom, jest wydawnictwem punktowanym na liście Unii Europejskiej). Zakład Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego UMCS od 40 lat prowadzi wielorakie studia logopedyczne. Wydaje serię prac monograficznych „Komunikacja językowa i jej zaburzenia” (red. S. Grabias – wyszedł 34. tom) oraz serię rozpraw „Mowa, teoria, praktyka” (red. S. Grabias).

⁶ Takim modelem wzorcowo posłużył się przed laty F. Grucza w ocenie rozwoju lingwistyki stosowanej w Polsce, por.: F. Grucza, *Zagadnienia metalingwistyki*, Warszawa 1983. Przywołana książka była i jest nieustanną inspiracją dla mnie i dla młodych badaczy próbujących ujmować zjawisko rozwijania się i zanikania językowych kompetencji i sprawności w różnych przypadkach ludzkiego istnienia.

1. Przedmiot logopedii. Trudności w jego ustalaniu

Obecny stan polskiej refleksji naukowej na temat przedmiotu badań logopedii prezentuje się następująco.

1. Logopedia jest nauką o zaburzeniach mowy:

– jej przedmiot mieści się w obrębie innych nauk: medycznych, pedagogiki, językoznawstwa,

– jest dyscypliną samodzielną i autonomiczną.

2. Logopedia zajmuje się mową „wszystkimi jej aspektami”. Jest nauką „multidyscyplinarną”, ale samodzielną.

3. Logopedia jest nauką o biologicznych uwarunkowaniach języka i zachowań językowych. Procedury badawcze i terapeutyczne nadają jej status dyscypliny autonomicznej.

Konwencja tej rozprawy pozwala jedynie na pobieżny komentarz do przedstawionego obrazu.

LOGOPEDIA – NAUKA O ZABURZENIACH MOWY

Jeszcze w pierwszej połowie XX wieku zakres pojęcia logopedia pokrywał się z treścią formuły „zaburzenia mowy i ich usuwanie”. Takie rozumienie logopedii wynikało z tradycji badań rozwijających się przez wieki w naukach medycznych. To lekarze bowiem mieli kompetencje w objaśnianiu przyczyn zaburzeń mowy. Interesujący jednak pozostaje fakt, że wbrew swoim kompetencjom, zamiast przyczyn, interpretowali objawy.

W pierwszej znanej nam typologii zaburzeń mowy przypisywanej osiemnastowiecznemu lekarzowi Francois Boissier Sauvages⁷owi wyróżnia się: zaburzenia głosu, niemotę i bełkotanie. A w zasadniczej dla objawowych interpretacji zaburzeń mowy, typologii Adolfa Kussmaula (druga połowa XVIII w.) znajdujemy podział wynikający już z postrzegania zjawisk językowych: zaburzenia artykulacji, zaburzenia mowy (bez wątplenia chodzi o język) i zaburzenia treści. Ten uniwersalny Kussmaulowski podział przetrwał dwieście lat i jest w dzisiejszych opisach tylko w rozmaity sposób modyfikowany.⁷

Wśród polskich propozycji opisu zaburzeń mowy pierwszeństwo należy się Władysławowi Ołtuszewskiemu⁸, lekarzowi działającemu na przełomie XIX i XX wieku. Wyróżnia Ołtuszewski dwie grupy zaburzeń.

⁷ Zob. np. w klasyfikacji L. Kaczmarka: 1) zaburzenia treści, 2) zaburzenia języka – formy językowej, 3) zaburzenia substancji. Pełne omówienie typologii zaburzeń mowy zamieściłem w rozprawie *Perspektywy opisu zaburzeń mowy*, [w:] *Zaburzenia mowy*, seria: „Mowa, teoria, praktyka”, t. 1, red. S. Grabias, Lublin 2001, s. 7–43.

⁸ W. Ołtuszewski, *Szkic nauki o mowie i jej zбочzeniach*, Warszawa 1905.

1. Zaburzenia ośrodkowe:

– afazje – powstają na tle zaburzeń wszelkiej percepcji: oprócz afazji percepcyjnej Ołtuszewski zalicza tu zaburzenia związane z głuchotą, niedorozwojem umysłowym, „bełkotanie”,

– dyzartrie – powstają na tle zaburzeń motorycznych: zaburzenia związane z porażeniem, jąkanie, nosowanie na tle porażenia.

2. Zaburzenia obwodowe:

– dyzartrie: zaburzenia związane z rozszczepami, zniekształceniami narządów mowy, inne „bełkotania”.

Zamysł W. Ołtuszewskiego wynika z chęci uporządkowania pojęciowego mętlaku, panującego w interpretacjach zaburzeń mowy od zawsze. Proponuje zatem odrębnie traktować te zjawiska, które wynikają z zaburzonej percepcji świata (afazje), od takich, które są wynikiem niemożności realizacyjnych (dyzartrie). Koncepcja W. Ołtuszewskiego, wywodząca się z dziewiętnastowiecznych interpretacji zachowań ludzkich, wychodzi naprzeciw tym teoriom lingwistycznym, które pojawiły się sześćdziesiąt lat później i budowały swoje założenia na pojęciach kompetencji (wiedzy zdobytej w wieloraki sposób) i wykonania, realizacji tej wiedzy zgodnie z intencją.⁹

Wydaje się, że w ujęciach W. Ołtuszewskiego jest niemało słuszności, choć koncepcja jego przegrała z rozwijającą się równolegle ideą łączenia centralnych zaburzeń mowy z teorią lokalizacyjną, szukających w mózgu ośrodków odpowiedzialnych za ludzkie czynności. A szkoda – tak wysoki poziom refleksji naukowej w późniejszych pracach medycznych nigdy się już nie powtórzył. Nikt nie miał ani możliwości, ani wizji Ołtuszewskiego, aby połączyć w harmonijną całość wiedzę medyczną, filozoficzną i językoznawczą.¹⁰

Tradycja patrzenia na logopedię poprzez pedagogikę (etymologicznie: logopedia = wychowanie w słowie; greckie *logos* i *paideia*), przyszła do Polski z krajów ościennych, szczególnie ze Związku Radzieckiego. Zresztą w taki właśnie sposób tkwi w świadomości potocznej – z szeroko zakrojonych badań socjologopedycznych prowadzonych przez Studenckie Koło Logopedów UMCS wynika, że logopedę najczęściej postrzega się jako pedagoga właśnie.

⁹ Por. N. Chomsky, *Syntactic Structures*, Mouton, The Hague 1957, D. Hymes, *Socjolingwistyka i etnografia mówienia* [w:] *Język i społeczeństwo*, red. M. Głowiński, Warszawa 1980, s. 41–82, por. też S. Grabias, *Język w zachowaniach społecznych*, Lublin 1997, rozdz. *Socjolingwistyka czy socjologia języka?*, s. 13–62.

¹⁰ Dotyczy to również wybitnych kontynuatorów jego idei: H. Mitrynowicz-Modrzewskiej (*Fizjologia i patologia głosu, słuchu i mowy*, Warszawa 1963) i A. Pruszewicza (*Fonia-
tria kliniczna*, red. A. Pruszewicz, Warszawa 1992).

Idea łączenia logopedii z pedagogiką specjalną, zapewne na zasadzie tożsamości celów terapeutycznych – przywrócić człowiekowi szansę na pełnię życia – pojawiała się w polskiej pedagogice wielokrotnie, ostatnio np. w pracach teoretyka pedagogiki specjalnej Jana Pańczyka.¹¹

Jest taki obszar działań logopedii, wyznaczany pojęciem „narastania kompetencji i sprawności językowych”, który łączy w procesie badawczym kilka dyscyplin – przynajmniej psycholingwistykę, lingwistykę stosowaną i lingwistykę edukacyjną.

Dwa ostatnie rodzaje lingwistyki formułują swoje założenia także w relacji do przedmiotu logopedii. Franciszek Grucza, badacz o głębokiej refleksji teoretycznej, twórca lingwistyki stosowanej w Polsce, czyniąc przedmiotem tej dyscypliny narastanie kompetencji językowej i komunikacyjnej oraz kształtowanie się językowych sprawności i nawyków, włączył wprost logopedię w zakres budowanej przez siebie dyscypliny¹². Również Teodozja Rittel w ogłoszonej przed laty, atrakcyjnej teoretycznie koncepcji „lingwistyki edukacyjnej”, skłonna jest podzielić między logopedię i lingwistykę edukacyjną przestrzeń, wyznaczoną formułą „narastanie kompetencji językowej u dzieci”, ale dla logopedii rezerwuje problem „kompetencji zaburzonej”¹³.

Wszystkie omówione wyżej koncepcje teoretyczne traktowały lub ciągle traktują logopedię jako cząstkowy komponent samodzielnych dyscyplin o wyraźnie zarysowanym przedmiocie badań: nauk medycznych, pedagogiki, językoznawstwa. Pod koniec XX wieku upowszechnił się w akademickich ośrodkach kraju pogląd uznający logopedię za autonomiczną naukę zajmującą się zaburzeniami mowy. Logopeda w myśl tej koncepcji ma za zadanie „diagnozować zaburzenia mowy, budować programy terapii i prowadzić terapię”¹⁴. Głosiłem tak ujętą tezę z przekonaniem przez ponad dwadzieścia lat. I dzisiaj, w dalszym ciągu sądzę, że jest ona klarowna i czysta w swej strukturze jak kryształ. Ale zrodziły się powody, dla których muszę zmienić dotychczasowy pogląd i poszerzyć przedmiot badań logopedii poprzez wprowadzenie formuły „biologicznych uwarunkowań mowy”.

¹¹ J. Pańczyk, *Logopedia akademicka i jej powiązania z pedagogiką specjalną*, [w:] *Forum pedagogiki specjalnej XXI wieku*, t. IV, red. J. Pańczyk, Łódź 2003.

¹² Por. F. Grucza, *Lingwistyka stosowana. Historia – zadania – osiągnięcia*, seria: „Języki, kultury, teksty, wiedza”, t. I, red. F. Grucza, J. Lukszyn, Warszawa 2007, także: *Zagadnienia ontologii lingwistycznej: O językach ludzkich i ich (rzeczywistym) istnieniu*, [w:] *Opuscula logopaedica in honorem Leonis Kaczmarek*, Lublin 1993, s. 25–47.

¹³ T. Rittel, *Logopedia w systemie pojęciowym lingwistyki edukacyjnej*, [w:] *Opuscula logopaedica in honorem Leonis Kaczmarek*, Lublin 1993, s. 72–81.

¹⁴ Por.: S. Grabias: *Postępowanie logopedyczne: diagnoza, programowanie terapii, terapia*, „Logopedia”, 37, 2008, s. 13–27.

LOGOPEDIA – NAUKA O MOWIE

Zanim jednak rozpocznę interpretację tej formuły muszę odnieść się pokrótce do koncepcji L. Kaczmarka, który w sześćdziesiątych latach XX wieku uznał logopedię za „samodzielną naukę o mowie we wszystkich jej aspektach”¹⁵. W tak zarysowanym polu badawczym wyróżnił osiem następujących działów dyscypliny.

1. Teorię mowy.
2. Kształtowanie się mowy u dzieci.
3. Kształtowanie się mowy u dzieci z upośledzonym słuchem.
4. Porozumiewanie się głuchoniewidomych.
5. Percepcje wypowiedzi słownych (słuchową, wzrokową, czuciową).
6. Fonetykę artykulacyjną i akustyczną.
7. Zaburzenia porozumiewania się językowego.
8. Teorię kultury żywego słowa.

Propozycję L. Kaczmarka da się objaśnić jedynie za pomocą strukturalistycznego modelu opisu języka i mowy zaproponowanego przez F. de Saussure’a i jego kontynuatorów. W myśl tej koncepcji, dostosowanej przez Kaczmarka do jego tezy, mowa jest układem następujących komponentów: przekazu (mówienie, pisanie, sygnalizowanie), tekstu (substancjalny wytwór przekazu – mówiony, pisany, sygnalizowany), odbioru (rozumienie wypowiedzi), języka (struktura znaków, zbudowana przez grupę społeczną i zdobywana przez jednostkę w procesie socjalizacji). Model ten nakazuje traktować język jako „narzędzie komunikacji”¹⁶, które jednostka zdobywa z trudem, uczestnicząc w życiu społecznym.

Próba odtworzenia intencji L. Kaczmarka wiedzie do przekonania, że najważniejszym polem badawczym logopedii jest wymowa (fonetycznie poprawna, wzorcowa realizacja tekstu oraz zaburzenia wymowy) i agramatyzm. Badacz, a także logopeda praktyk, musi być więc wyposażony w sposoby opisu interesujących go zjawisk, jakich dostarcza fonetyka artykulacyjna, akustyczna, audytywna i wizualna oraz wiedza językowa na temat morfologii i składni. Wszystkie te, wypracowane wcześniej przez fonetykę, a potem przez strukturalizm, narzędzia badawcze wystarczają do interpretacji procesu rozwoju mowy dziecka, pozostającego w bio-

¹⁵ L. Kaczmarek, *O polskiej logopedii*, [w:] *Przedmiot logopedii*, seria: „Komunikacja językowa i jej zaburzenia”, t. I, red. S. Grabias, s. 5–25.

¹⁶ L. Kaczmarek, *ibidem*, s. 6: „Mowa jest aktem w procesie porozumiewania się językowego...”. W interpretacji L. Kaczmarka najmniej objaśnionym komponentem przytoczonego układu jest „rozumienie tekstu”. Polega ono na docieraniu do myśli mówiącego, która pozbawiona substancji jest chyba jednak bytem ujęzykowanym.

logicznej i umysłowej normie, także pozbawionego słuchu oraz słuchu i wzroku jednocześnie.

Systematycznej krytyki koncepcji L. Kaczmarka dokonałem w artykule *Logopedyczna klasyfikacja zaburzeń mowy*¹⁷. Dzisiaj zwrócę uwagę tylko na fakt, że budując pojęcie „logopedii – nauki o mowie” (a więc o języku, nadawaniu, odbiorze i o tekście), włączył Kaczmarek w jej zakres przynajmniej lingwistykę, psycholingwistykę, lingwistykę stosowaną i teorię tekstu. Dyscypliny o ogromnej – niekiedy znacznie dłuższej tradycji badawczej niż logopedia. Trzeba dużo odwagi, by uznawać je za działy logopedii.

Winniśmy jednak oddać L. Kaczmarkowi, co należy: nadał polskiej logopedii kształt nauki, postawił tezę o jej autonomii – potraktował logopedię jako dyscyplinę samodzielną, choć heterogenną, humanistyczną i biologiczną zarazem¹⁸. I choć czas przyznał w tym względzie rację Kaczmarkowi, to fakt ten nie zwalnia nas z obowiązku poszukiwania nowych ujęć, przystających do aktualnej wiedzy o człowieku i jego zachowaniach.

Z dzisiejszej perspektywy metodologiczne słabości propozycji Kaczmarka wynikają z niebywałych wprost zmian w postrzeganiu języka i jego roli w procesie budowania ludzkiego umysłu. W sześćdziesiątych latach ubiegłego wieku, a wówczas teoria Kaczmarka powstawała, w lingwistyce europejskiej wszechwładnie panował Saussurowski strukturalizm, a gramatyka generatywna N. Chomsky`ego była zaledwie sygnalizowana. Refleksja lingwistyczna dotyczyła fonemów, wyrazów i zdań. Na zdaniach się kończyła¹⁹. Od tego czasu w lingwistyce zmieniło się niemal wszystko. Inaczej niż w strukturalizmie pojmuje się język, a pojęcie zachowania językowego przybrało postać wielu, z trudem porównywalnych koncepcji teoretycznych.

LOGOPEDIA – NAUKA O BIOLOGICZNYCH UWARUNKOWANIACH MOWY

Moje stanowisko w tej sprawie jest następujące: przyjmuję, a mam takie prawo sugerowane tradycją, że logopedia jest nauką o biologicznych

¹⁷ Por. S. Grabias, „Audiofonologia”, VI, 1994, s. 7–22.

¹⁸ Trudno przecenić działalność organizacyjną L. Kaczmarka: doprowadził do powstania Polskiego Towarzystwa Logopedycznego, był twórcą i długoletnim redaktorem rocznika „Logopedia”, zorganizował pierwsze w Polsce podyplomowe studia kształcące logopedów.

¹⁹ Por. S. Grabias, *Język w zachowaniach społecznych*, Lublin 1997, rozdz.: *Od lingwistyki strukturalnej do socjolingwistyki*.

uwarunkowaniach języka i zachowań językowych. W związku z tym musi ona mieć do dyspozycji układ pojęć, procedury i narzędzia badawcze pozwalające:

1) oceniać i objaśniać relacje zachodzące między stanami języka i stanami zachowań językowych a przebiegiem centralnych oraz obwodowych procesów warunkujących język i zachowania językowe.

Ponieważ jest nauką stosowaną powinna jeszcze:

2) budować teorię i praktykę postępowania prowadzącego do zmiany stanów niepożądanych, ewentualnie do podtrzymywania lub doskonalenia stanów zgodnych z biologiczną normą.

Ujęcie to ujawnia dwoistość teorii logopedycznej. Jedna jej część – diagnostyczna – jest teorią narastających albo zaburzonych kompetencji oraz sprawności językowych i komunikacyjnych. Odkrywa te możliwości istnienia człowieka w świecie, które są warunkowane obecnością lub niedostatkiem języka w jego umyśle i w zachowaniach. Część prognostyczna zaś – metodyka postępowania logopedycznego – kształtuje się jako teoria budowania tych kompetencji i sprawności. Przedmiotem jej są programy terapii logopedycznej oraz organizowanie przebiegu tej terapii.²⁰ W dalszej części pracy rozpatrzę nieco dokładniej obydwie teoretyczne perspektywy logopedii.

W procesie badania relacji zachodzących między wypowiedzią (w jej pełnym, werbalnym oraz gestyczno-mimicznym kształcie) a biologicznymi możliwościami mówiącego badacz może oceniać:

– kompetencję poznawczą (stan wiedzy o świecie i o sobie – jej zasób, strukturę, możliwości operowania segmentami wiedzy); sprawność w korzystaniu z tej kompetencji w procesie budowania wypowiedzi (organizację treści, sposób werbalnej i niewerbalnej prezentacji); objaśniać biologiczne przyczyny warunkujące stan ocenianej kompetencji i sprawności;

– kompetencję językową (nieuświadomianą wiedzę na temat gramatycznych zasad budowania zdań); sprawność w mówionej i ewentualnie pisanej realizacji zdań; objaśniać biologiczne przyczyny warunkujące stan ocenianej kompetencji i sprawności;

²⁰ W polskiej logopedii dwoistość obydwu teorii jest szczególnie dotkliwa. Pozostaje echem sytuacji, w której na początku XX w. wiedza o języku i ludzkich procesach poznawczych rozeszła się z praktyką logopedyczną do tego stopnia, że postępowanie terapeutyczne przybrało raczej postać działań intuicyjnych. Sprowadzały się one, a niekiedy dzieje się tak i obecnie, do bezrefleksyjnego stosowania najogólniejszych procedur, dotyczących szczególnie wymowy. W niemałym stopniu przyczyniły się do takiego stanu rzeczy nauki medyczne, w których nastąpiło utożsamienie mowy z wymową. Oczywiście w takim rozumowaniu nie ma miejsca na język – był umysłowy, subtelnie powiązany z mówieniem. Zaprzepaszczono gdzieś głęboką refleksję W. Ołtuszewskiego, po której w polskich pracach medycznych nie ma nawet śladu.

– kompetencję komunikacyjną (wiedzę na temat wzorców zachowań językowych, stosowanych w życiu społecznym); sprawność w realizacji wypowiedzi; objaśniać biologiczne przyczyny warunkujące stan ocenianych kompetencji i sprawności.

Zastosowane w modelu pojęcia oceny i objaśniania wymagają takiego komentarza: procedura oceny polega na opisie stanu określonych kompetencji lub sprawności oraz na odniesieniu opisanego stanu do stanów obserwowanych u osób pozostających w biologicznej i umysłowej normie. Natomiast procedura objaśniania wymaga odniesienia do biologicznej wiedzy na temat procesów zachodzących w mózgu i narządach obwodowych warunkujących język i zachowania językowe.

Bez wątpienia badacz, a także logopeda praktyk²¹, musi uwzględnić przynajmniej następujący układ percepcyjnych i realizacyjnych sprawności biologicznych:

– słuch fizyczny (jego dysfunkcja prowadzi do głuchoty lub niedosłuchu),

– słuch fonematyczny (dysfunkcja polegająca na niemożności różnicowania dźwięków mowy ujawnia się w wielu zaburzeniach, np. w dyslalii),

– słuch prozodyczny (dysfunkcja prowadzi do aprozodii i niemożności rozumienia tekstu),

– mobilność mózgu i wydolność pamięci (mechaniczne uszkodzenia mózgu prowadzą do afazji, uszkodzenia procesów metabolicznych do demencji, chorób psychicznych, opóźnień rozwoju mowy),

– funkcjonowanie obwodowego układu nerwowego, działanie mięśniowych i kostnych układów narządów mowy (zaburzenia w funkcjonowaniu tych układów ujawniają się w dyzartrii lub dysglosji).

Trzeba szczególnie w tym miejscu podkreślić, że oceniane kompetencje i sprawności, stanowiące sferę życia umysłowego człowieka, wynikają bez reszty z jego centralnych i obwodowych możliwości biologicznych, ale też ujawniają się wprost w sferze społecznej. Bo język i zachowania językowe organizują życie społeczne, a ich niedostatki sytuują jednostkę na marginesach tego życia.

Dla osób obeznaných z teorią języka oczywiste są dychotomie stanowiące podstawę niniejszej propozycji. Bez wątpienia ważnym osiągnięciem XX-wiecznej lingwistyki jest ostre oddzielenie wiedzy tkwiącej w umysłach ludzkich (kompetencja poznawcza, kompetencja językowa, kompetencja komunikacyjna) od możliwości wykorzystania tej wiedzy w konkretnych zachowaniach językowych (performancja, realizacja, wy-

²¹ Zresztą w najogólniejszym, potocznym przekonaniu logopedę ciągle traktuje się jako specjalistę od poprawiania wymowy.

konanie). Przyjęło się sądzić, że kompetencja jest wynikiem poznawczych możliwości właściwych człowiekowi jako przedstawicielowi gatunku oraz utartych społecznie wzorców zachowań interakcyjnych, zdobytych w procesie socjalizacji. Realizacja zaś dotyczy kreacji – twórczego sposobu wykorzystania zdobytej wcześniej przez jednostkę wiedzy.

Logopedia, nauka o biologicznych uwarunkowaniach języka i zachowań językowych, musi za istotną uznać konstatację, że zarówno kompetencja, jak i realizacja budują się przede wszystkim na miarę biologicznych możliwości jednostki i są wyrazem mobilności jej mózgu oraz stanu procesów obwodowych uczestniczących w realizacji wypowiedzi. Tak pojęta dyscyplina przeciwstawia się społecznym uwarunkowaniom zachowań językowych (opisuje je np. socjolingwistyka) i pozwala w jej zakresie wyodrębnić dwa zasadnicze pola aktywności badawczej i praktycznej: teorię i praktykę narastających oraz zaburzonych kompetencji i sprawności językowych.

2. Teoria i praktyka narastających kompetencji oraz sprawności językowych i komunikacyjnych – profilaktyka logopedyczna

Istnieją przynajmniej trzy obszary działań, w których logopeda diagnozuje kompetencje i sprawności językowe i komunikacyjne po to, by:

- zapobiegać stanom niepożądanym, przewidywanym w przyszłości: cele takie realizuje postępowanie, które upowszechniło się pod nazwą wczesna interwencja logopedyczna,

- podtrzymywać rozwijanie się kompetencji i sprawności: takie postępowanie dotyczy dzieci w różnym wieku, pozostające w normie intelektualnej i biologicznej – logopedia szkolna (np. glottodydaktyka logopedyczna B. Ročławskiego), lingwistyka edukacyjna, profilaktyczne badanie słuchu i mowy w przedszkolach i szkołach,

- budować teorię wzorcowej kompetencji i doskonalić sprawności w jej realizowaniu: tak można ująć działania określane kiedyś mianem retoryki, które obecnie stały się częścią kultury słowa i przeistaczają się w logopedię artystyczną.

3. Teoria i praktyka zaburzonych kompetencji oraz sprawności językowych i komunikacyjnych – zaburzenia mowy

Stanowią najważniejsze pole badawczych i praktycznych działań logopedii. Logopeda bowiem diagnozuje zaburzenia mowy, buduje programy terapii dla osób dotkniętych tymi zaburzeniami i prowadzi terapię.

Zaburzenia mowy a procedury prognostyczne

Pozostawiam przez chwilę na uboczu postępowanie diagnostyczne – wymaga ono wiedzy na temat objawów zaburzeń i na temat ich przyczyn, a zajmę się wiedzą prognostyczną. Jest to wiedza na temat skutecznego łagodzenia objawów zaburzeń. W praktyce logopedycznej ujawnia się ona poprzez trzy procedury postępowania, które posłużyły mi przed laty do zbudowania typologii zaburzeń mowy.²²

Ponieważ typologia ta wskazuje na sposób postępowania terapeutycznego, nazwałem ją klasyfikacją logopedyczną. Oto układ procedur prognostycznych.

1. Budowanie kompetencji w umysłach jednostek; kompetencji poznawczej (kulturowej), czyli wiedzy o świecie, kompetencji językowej i komunikacyjnej. Takie potrzeby stwarzają:

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

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

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

– autyzm: kompetencje nie wykształcają się w związku z dysfunkcją mózgu;

– liczne postacie padaczek dziecięcych: w związku z dysfunkcją mózgu kompetencje nie wykształcają się w pełni lub wykształcone wcześniej ulegają degradacji.

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

2. Usprawnianie czynności mówienia przy zdobytych kompetencjach:

– dysglosja: zaburzona realizacja fonemów wynika z anomalii tkwiących w budowie narządów mowy (rozszczep podniebienia i wargi górnej, wady zgryzu, język unieruchomiony wędzidełkiem, usunięcie krtani);

– jąkanie i gielkot: zaburzona płynność mówienia powodowana wielorakimi przyczynami natury organicznej i wzmacniana logofobią;

²² Por.: S. Grabias, *Logopedyczna klasyfikacja zaburzeń mowy*, „Audiofonologia”, VI, 1994, s. 7–22.

– dyzartria: związana z porażeniami mózgowymi (zaburzona wyrazistość artykulacyjna w realizacji fonemów i grup spółgłoskowych; zniekształcone przebiegi prozodyczne).²³

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

3. Stabilizowanie rozpadu, a niekiedy odbudowa czynności mówienia i funkcjonowania umysłu:

– afazja: wynika z mechanicznych uszkodzeń lewej półkuli mózgu, a jej objawem bywa rozpad kompetencji językowej, zaburzenia kompetencji komunikacyjnej, niekiedy trudności realizacyjne;

– pragnozja: jest wynikiem uszkodzenia prawej półkuli mózgu, a jej objawem bywa rozpad kompetencji semantycznej;

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

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

Każda z tych procedur, nazywam je strategiami postępowania logopedycznego, wymaga innych czynności i narzędzi diagnostycznych i innego, sobie właściwego postępowania terapeutycznego.

4. Diagnozowanie logopedyczne

Oczywiście pole badawcze dyscypliny zawsze ściśle wiąże się z możliwościami diagnozowania problemów. Logopedia Kaczmarkowska, jak już o tym była mowa, nie wychodziła poza przekaz wiedzy, bo w strukturalizmie język jest tylko „narzędziem przekazu”. Po dokonaniach współczesnej neurobiologii, po determinujących myślenie zachowaniach ludzkich koncepcjach A. Korzybskiego i konstruktywistów, wreszcie po osiągnięciach psychologii i lingwistyki kognitywnej²⁴, definicja mowy musi brzmieć następująco: mowa jest układem czynności, jakie przy udziale języka wykonuje człowiek, poznając świat i przekazując wiedzę o sobie i świecie innym uczestnikom życia społecznego.

²³ Polska logopedia dysponuje już wystandaryzowanym narzędziem do badania dyzartrii, por. U. Mirecka, K. Gustaw, *Skala dyzartrii. Wersja dla dzieci*, Wrocław 2006.

²⁴ Piszę szeroko na ten temat w artykule: *Język, poznanie, interakcja*, [w:] *Język, interakcja, zaburzenia mowy*, red. T. Woźniak, A. Domagała, Lublin 2007, s. 355–377.

Definicję tę prezentuję z pełną argumentacją w niemal wszystkich ostatnich pracach. Sądzę więc, że:

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

2) język jest ścieżką wiodącą do ludzkich emocji i chcień; badając przekaz wiedzy o sobie i o świecie jesteśmy w stanie orzekać o intencjach jednostki, ich układzie w umyśle i o sposobach werbalnego i niewerbalnego realizowania tego przekazu,

3) zachowania językowe wyznaczają i obrazują możliwości istnienia człowieka w grupie społecznej; badając te zachowania oceniamy stopień socjalizacji jednostki.

Oto model czynności diagnostycznych. Prezentując go, upominam się w nim zdecydowanie o kompetencje logopedy, bo ciągle są one mieszane z kompetencjami lekarza, psychologa i pedagoga:

I. Diagnozowanie:

Deskrypcja:

1. Badanie sprawności interakcyjnych:

- motoryka,
- wymowa,
- język,
- struktury pojęciowe,
- realizacja dialogu,
- realizacja wypowiedzi narracyjnych.

Interpretacja:

2. Analiza wyników badań specjalistycznych.

3. Wywiad rodzinny.

4. Diagnoza różnicowa.

5. Rozpoznanie przypadku (orzeczenie o rodzaju zaburzenia, możliwościach badanej osoby, niedostatkach językowych i komunikacyjnych).

Pozostając w zgodzie z pozytywistycznymi postulatami badań naukowych, przyjmuję, że diagnozowanie wymaga dwojakiego rodzaju technik badawczych. Jedną z nich jest deskrypcja, czyli rejestracja i opis stanów oraz zachowań badanej osoby, a drugą interpretacja, polegająca na włączeniu zarejestrowanych stanów i zachowań w perspektywę wiedzy objaśniającej ich istotę.²⁵

Dla logopedy sferę deskrypcji stanowią zachowania językowe. Wi-nien je zarejestrować i opisać. Pole interpretacji zaś pozwala logopedzie

²⁵ Por.: S. Grabias, *Logopedia – jej przedmiot i stopień zaawansowania refleksji metanaukowej*, [w:] *Przedmiot logopedii*, seria: „Komunikacja językowa i jej zaburzenia”, t. 1, red. S. Grabias, Lublin 1991.

objasniać opisane wcześniej zachowania na podstawie ogólnej wiedzy o człowieku, wiedzy budowanej przez wyspecjalizowane dyscypliny (np. wiedzy medycznej, psychologicznej, pedagogicznej) oraz na podstawie informacji opiekunów. Informacje te zwykle weryfikują zarejestrowaną wiedzę deskryptywną i pomagają w jej interpretacji. Obydwie procedury – deskrypcja i interpretacja prowadzą do diagnozy wstępnej, pozwalającej orzekać o stanach umysłu badanej osoby, o ewentualnych uszkodzeniach mózgu i układów wykonawczych związanych z mową i życiem społecznym.

DIAGNOZOWANIE CZYNNOŚCI POZNAWCZYCH

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

1. Sprawność leksykalna

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

Niewątpliwym objawem zaburzenia jest minimalizacja zasobu leksykalnego obserwowana niemal we wszystkich przypadkach opóźnień rozwoju mowy oraz w rozpadzie umysłu (choroba Alzheimera, afazja), jego swoiste ukierunkowanie w umyśle na jakąś sferę rzeczywistości (fiksjacja w zespole Aspergera) lub uproszczenie struktury znaczeniowej wyrazu do relacji wyraz – desygnat. Wyraz staje się wówczas tylko etykietą rzeczy. Taki właśnie układ: wyobrażenie dźwięku z pomocą ruchu warg, odsyłające do rzeczy, buduje w umyśle ludzkim głuchota. Pozbawia człowieka tych relacji między desygnatami, które są wyznaczone w języku za pomocą kategorii słowotwórczych.²⁶

2. Sprawność semantyczna

Wszelkie ludzkie doświadczenia są przez mózg porządkowane w pojęcia. Z badań prowadzonych nad strukturą pojęć wynika, że zdro-

²⁶ Roli konstrukcji słowotwórczych w procesach poznawczych nie tylko w głuchocie poświęcona jest książka E. Muzyki, *Konstrukcje słowotwórcze w świadomości językowej dzieci niesłyszących*, seria: „Komunikacja językowa i jej zaburzenia”, t. 24, red. S. Grabias, Lublin 2010.

wy mózg porządkuje doświadczenia według uspołecznionego schematu, mózg chory porządkuje wiedzę po swojemu, dalece subiektywnie. Definicja kognitywna danego zjawiska, wydobyta z wypowiedzi na jego temat zaświadcza o sposobie porządkowania wiedzy przez badaną osobę. Wydaje się też, że do dziesiątego roku życia ustala się rozwojowa norma porządkowania doświadczeń.

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

Smok

1. Kto to jest smok?; formuła definicyjna („potwór z bajki”, „dzikie zwierzę z bajki”, „wielki gad”, „stworzenie zmyślane”),

2. Jak wygląda? („jest duży”, „ma wyłupiaste oczy”, „duży ogon i trzy głowy”, „ma taką łuskę”, „wygląda okropnie”),

3. Jaki jest? („zły i okropny”, „nie jest pożyteczny, bo pożera owce”, „groźny dla człowieka”),

4. Co robi? („buchą ogniem”, „zjada owce, a na końcu pęka”, „wypija rzeki”),

5. Gdzie mieszka? („w bajce”, „w smoczej jamie na Wawelu”, „w jaskini”, „w książkach”).

Strach

1. Co to jest strach?: formuła definicyjna („to taki lęk, który siedzi w człowieku”, „uczucie takiego niepokoju, że coś się stanie złego”, „straszne uczucie w sercu, które wzbudza jakąś niepewność”),

2. Ten, kto się boi („dzieci się boją”, „boją się wszyscy ludzie, bo mają bujną wyobraźnię”, „każdy się boi, najbardziej chyba tego, że może go ugryźć pies”),

3. Cechy tego, kto się boi („robi się błydy na twarzy i oczy szybko mu biegają”, „pot mu kapie z czoła”, „usta mu się krzywią jakby miał płakać”, „wygląda jak galareta, wszystko się na nim trzęsie”),

4. Czynności tego, kto się boi („piszczy i krzyczy bardzo głośno”, „nie wychodzi z domu, tylko siedzi zamknięty na klucz, albo pod łóżkiem”, „ucieka, gdzie pieprz rośnie, to jest bardzo daleko”),

5. Przyczyny strachu („ktoś może się bać, bo nie jest odważny”, „boi się jak ma dziwne lęki”, „bo nikt nie chce mu pomóc i zostaje sam”),

6. Okoliczności strachu („jak ktoś się boi, to trzeba go wspierać i pocieszać, a nawet przytulić”, „trzeba mu wytłumaczyć, że to tylko taka

jego wyobraźnia”, „należy się nim zaopiekować i nie wolno zostawiać samego”).

Struktury prezentowanych pojęć – smoka i strachu – są uniwersalne. Z łatwością można je wydobyć z wypowiedzi każdego dziecka pozostającego w normie rozwojowej. Wypowiedzi dzieci z uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu odzwierciedlają tylko niektóre kategorie prezentowanych struktur. Zawsze też odznaczają się ubóstwem środków językowych i brakiem formuł definicyjnych.²⁷

3. Sprawność narracyjna

Narracja, jej struktura i sposób porządkowania wiedzy, zaświadcza o pełni umysłowych możliwości człowieka. Dostarcza informacji na temat sposobów intelektualizowania doznań zmysłowych (budowanie w tekście odniesień do postrzeganej rzeczywistości), logicznego lub alogicznego porządkowania zdarzeń (tworzenie linii narracji), układania zdarzeń w całość strukturalną (narracja musi się jakoś rozpocząć i zakończyć, a ciągi zdarzeń winny tworzyć wydarzenie kulminacyjne, będące zwykle komplikacją linii narracyjnej). Wreszcie zaświadcza o kreatywnej lub pasywnej postawie badanej osoby wobec zdarzeń i ich uczestników (ten komponent interpretowania narracji nazywany „pejzażem psychicznym”, wskazuje na umiejętność ożywiania postaci w tekście).²⁸

Narracja jest najtrudniejszą formą ludzkiej aktywności językowej, odznacza się bowiem zamkniętą strukturą o niezwykle rozbudowanej kompozycji. Dla celów diagnostycznych, kierując się badaniami B. Bokus, zaproponowałem w „Logopedycznym teście przesiewowym”²⁹ następujący układ komponentów opowiadania:

– inicjacja: formuła rozpoczynająca opowiadanie (Było tak..., Pewnego razu...),

²⁷ Struktury pojęć: smok i strach przytaczam na podstawie rozpraw magisterskich pisanych na moich seminariach. Wystandaryzowane pojęcie krasnoludka zamieszczamy w „Logopedycznym teście przesiewowym dla dzieci w wieku szkolnym”, por. S. Grabias, M. Kurkowski, T. Woźniak, Lublin 2002.

²⁸ Por. na ten temat wyczerpujące badania B. Bokus i ich wyniki opublikowane szczególnie w książkach: *Tworzenie opowiadań przez dzieci: o linii i polu narracji*, Kielce 1991; *Świat fabuły w narracji dziecięcej*, Warszawa 2000. Nieco inny sposób interpretowania wypowiedzi narracyjnych zaprezentował T. Woźniak, zob.: *Narracja w schizofrenii*, Lublin 2005. Jest to zresztą jedyna praca na ten temat w języku polskim. Z osobą T. Woźniaka wiążą się najgruntowniejsze badania nad językiem i zachowaniami językowymi w schizofrenii, zob.: T. Woźniak, *Zaburzenia języka w schizofrenii*, seria: „Komunikacja językowa i jej zaburzenia”, t. 16, red. S. Grabias, Lublin 2007.

²⁹ S. Grabias, M. Kurkowski, T. Woźniak, *Logopedyczny test przesiewowy dla dzieci w wieku szkolnym*, Lublin 2002.

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

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

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

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

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

DIAGNOZOWANIE PRZEKAZU. REALIZACJA INTENCJI

Akt komunikacji jest przekazem wiedzy o sobie i o świecie innym uczestnikom życia społecznego. Jest on zawsze aktem ujawnianych in-

tencji.³⁰ Analiza zachowań komunikacyjnych pozwala dotrzeć logopedzie i do samych intencji, i do sposobów ich realizowania.

1. Intencje i ich realizacja

Problem intencji jest w refleksji naukowej skomplikowany niezwykle. W mojej propozycji wychodzę z założenia, że wszelkie chcenia, jakie człowiek poprzez swoje zachowania realizuje, da się sprowadzić do czterech następujących typów: intencji informowania (chcę, żebyś wiedział, że...; realizują ją akty mowy opisujące rzeczywistość: to jest samochód, pies jest sympatyczny); intencji działania (chcę zmiany danego stanu; realizują ją akty wykonawcze typu: idziemy do kina, zrób herbatę); intencji modalności (realizują ją akty wskazujące na realność zjawiska: jestem pewien..., wątpię, że..., wydaje mi się, że...) i intencji emocji (stany emocjonalne nadawcy są zawsze obecne w wypowiedzi; odczytujemy je na zasadzie: czuję gniew, czuję radość, czuję rozpacz).³¹

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

Diagnozowanie przekazu, to najpierw ocena układu intencji badanej osoby, a następnie ocena werbalnych i niewerbalnych środków ich realizacji. I tak np. struktura intencji dziecka z autyzmem zdecydowanie odbiega od układu intencji dziecka z zespołem Downa. Z badań wynika, że główna różnica dotyczy potrzeby informowania oraz potrzeby przekazywania emocji.³² Zdecydowanie też różnicują się sposoby realizowania intencji i to zarówno w sferze zachowań werbalnych, jak i niewerbalnych.

W zachowaniach dzieci z autyzmem i dzieci z zespołem Downa obserwujemy względną harmonię użycia słowa i środków niewerbalnych.

³⁰ Zakładam, że każde zachowanie językowe jest aktem intencjonalnym, a intencja w wypowiedzi jest jawna albo w swoisty sposób ukryta, ale dostępna odbiorcy w aktach skutecznych. Zachowania nieintencjonalne, będące efektem biologicznego przymusu, jak w autyzmie (np. wielokrotne powtarzanie tej samej frazy), są zachowaniami echolalicznymi. Nieintencjonalne zachowania językowe, a więc echolaliczne, nie są wypowiedziami.

³¹ Dokładnie na ten temat zob.: S. Grabias, *Język w zachowaniach społecznych*, Lublin 2003, rozdz.: *Cel wypowiedzi*, s. 289 i n.

³² Emocje, jak wiadomo, mogą być przekazywane intencjonalnie (w wypowiedziach typu: jest mi niezwykle przykro; aż to idiota!) lub mogą się przejawiać w zachowaniach człowieka bez udziału jego świadomości, np. w intensyfikacji gestów, niekontrolowanych okrzykach. Por.: S. Grabias, *Język w zachowaniach społecznych*, *ibidem*. Wypowiedź dziecka z zespołem Downa jest zwykle w pełni emocjonalna, z widoczną chęcią przekazu emocji pozytywnych.

W zachowaniach dzieci z porażeniem mózgowym obydwie te przekazy, słowny i gestyczno-mimiczny, stają się układami niezależnymi, często sprzecznymi, co zdecydowanie utrudnia proces odczytywania intencji i niweczy tym samym skuteczność aktu mowy.

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

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

2. Czynności mówienia

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

– motorykę narządów mowy: jej obniżona sprawność zaświadcza najczęściej o porażeniach lub o anomaliach w budowie tych narządów,

– wymowę: stan wymowy wynika z układu kilku czynności: słuchu fonematycznego (zaświadcza o pełnej lub niepełnej strukturze fonemów w umyśle), sposobu realizacji pełnego inwentarza fonemów (realizacja fonemów w pozycji podstawowej pozwala ustalić zestaw wariantów fonologicznych i zinterpretować je jako głoski normatywne, deformacje lub substytucje), procesu koartykulacji zachodzącej w grupach spółgłoskowych³³ (zaburzenia koartykulacji zaświadcza o dysglosji, dyslalii, dyzartrii lub niedosłuchu).

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

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

3. Sprawność dialogowa

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

³³ Pełny opis grup spółgłoskowych polszczyzny zawiera książka S. Milewskiego, *Lingwistyczne i dydaktyczne aspekty analizy fonemowej*, seria: „Komunikacja językowa i jej zaburzenia”, t. 17, red. S. Grabias, Lublin 1999.

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

Wypowiedź dialogowa jest tematycznie otwarta. Uczestnicy dialogu mogą bez trudu przechodzić w rozmowie od jednego wątku tematycznego do innych. Jest ona nieprzewidywalna ani pod względem treściowym, ani pod względem czasu trwania. Wymaga tylko zwykle nieuświadomionej wiedzy o istnieniu minimalnej struktury interakcyjnej i umiejętności wypełniania tej struktury tworzywem werbalnym i gestyczno-mimicznym. Strukturę tę można ująć w następujący model: inicjacja – reakcja – coda³⁴ (Idziemy na spacer? Na huśtawki! No to idziemy.). Każdy z komponentów tej struktury może przyjmować swoistą postać formalną (np. brak cody, niepełna reakcja) i w zależności od interakcyjnych możliwości badanej osoby jest schematycznie lub kreatywnie wypełniany słowem, gestem i zachowaniem mimicznym.

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

4. Językowa sprawność społeczna

W interakcji językowej tkwią szerokie możliwości subtelnego diagnozowania socjolingwistycznej kompetencji językowej, która jest istotnym komponentem procesu społecznego przystosowania. Socjolingwistyka wprowadziła do opisu interakcji pojęcie językowych ról społecznych, które wymagają od jej uczestników znajomości wzorów interakcyjnych i umiejętności doboru środków językowych w zależności od tego, do

³⁴ Na temat metodologii opisu dialogu zob.: J. Warchala, *Dialog potoczny a tekst*, Katowice 1991; B. Boniecka, *Struktura i funkcje pytań w języku polskim*, seria: „Komunikacja językowa i jej zaburzenia”, t. 18, red. S. Grabias, Lublin 2000; A. Domagała, *Zachowania językowe w demencji*, seria: „Komunikacja językowa i jej zaburzenia”, t. 20, red. S. Grabias, Lublin 2007.

kogo przekaz jest kierowany (inaczej toczą się rozmowy z dziećmi, inaczej z dorosłymi w zależności od tego, czy są to osoby mówiącemu bliskie, czy nieznanne; w oficjalnych układach społecznych – inaczej z podwładnymi, inaczej z przełożonymi).³⁵

Rozpad umysłu w chorobie Alzheimera w zupełności niweczy umiejętność realizowania językowych ról społecznych.³⁶ We wszelkiego typu opóźnieniach rozwoju mowy (w upośledzeniach umysłowych, w głuchocie, w alalii, w autyzmie) wiedza na temat wzorców społecznego przekazu wykształca się z trudem i zwykle pozostaje na poziomie wiedzy namiastkowej.

Deskrypcja a interpretacja w diagnozowaniu logopedycznym

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

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

Deskrypcja w postępowaniu logopedycznym pozwala realizować dwa najważniejsze cele: a) dostarcza niezbędnych przesłanek do końcowej diagnozy, jaką jest orzeczenie o typie zaburzenia; b) ujawnia układy sprawności językowych i ich zakłócenia w przebiegach interakcyjnych, co jest niezbędne do programowania terapii, a następnie do jej prowadzenia.³⁷

³⁵ Układ językowych ról społecznych opisałem dokładnie w książce: *Język w zachowaniach społecznych*, Lublin 2003, rozdz.: *Społeczna pozycja odbiorcy*, s. 268 i n.

³⁶ Wyczerpującą interpretację zachowań komunikacyjnych w chorobie Alzheimera przedstawiła A. Domagała, *Zachowania językowe w demencji*, op. cit.

³⁷ Rozpoznanie rodzaju zaburzenia dla wprawnego badacza, a tym bardziej dla praktyka, jest sprawą dość prostą. Nawet zaburzenia związane z uszkodzeniami mózgu nie stwarzają większych kłopotów diagnostycznych. Prawdziwy problem logopedycznego diagnozowania zasadza się w umiejętności wykrywania niedostatków tkwiących w układach sprawności językowych i komunikacyjnych. To ta umiejętność logopedy właśnie, polegająca na ustalaniu realnych możliwości człowieka, decyduje o skuteczności programowania i przebiegu terapii.

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

5. Terapia

Logopeda musi także mieć wiedzę na temat pozostałych procedur postępowania logopedycznego. Poza diagnozowaniem są nimi programowanie terapii i postępowanie terapeutyczne.

- I. Programowanie terapii. Ramy programu:
 1. Cele postępowania logopedycznego.
 2. Strategie i metody postępowania.
 3. Organizacja postępowania.
- II. Postępowanie terapeutyczne:
 1. Organizacja etapów terapii i ich ocena. Dobór środków i pomocy.
 2. Prowadzenie dokumentacji.
 3. Weryfikacja hipotez diagnostycznych.
 4. Modyfikacja programu.

Programowanie terapii wymaga od logopedy największego wysiłku intelektualnego: umiejętności łączenia w syntetyzującą całość ogólnej wiedzy o zachowaniach człowieka, o języku i jego zaburzeniach, o możliwościach i metodach postępowania w danym zaburzeniu. Wymaga też namysłu nad hierarchią kroków terapeutycznych.

Procedury te są jasne i nie wymagają specjalnego komentarza. Do obowiązków logopedy należy sformułowanie celów terapii, metod postępowania i, co niezwykle ważne, wyznaczenie jej mierzalnych etapów. Wszystkie zabiegi postępowania terapeutycznego muszą być dokumentowane i nieustannie dobierane do możliwości człowieka poddanego tym zabiegom.

Teoretycznym zwornikiem toczonych wyżej rozważań warto uczynić następującą refleksję nad naturą języka. Dyskusja o jego istocie rozwijała się przez wieki między takimi oto dwoma skrajnymi stanowiskami. Pierwsze z nich wynika z przekonania, że „język jest zjawiskiem społecz-

nym”, ponieważ to właśnie grupa społeczna utworzyła język, kierując się potrzebami interakcji, oraz że pojedynczy człowiek może się języka nauczyć – zdobywa go w procesie socjalizacji (strukturalizm, socjolingwistyka). Stanowisko drugie nakazuje traktować język jako właściwość immanentnie ludzką. Zakłada, że język jest „przyrodzony człowiekowi”, bo tylko człowiek jest w stanie nauczyć się języka, a zachowania językowe jako jedyne wyróżniają człowieka spośród istot żywych.

Teza, że język jest konstytutywną właściwością człowieka, zjawiskiem wyłącznie ludzkim, znajduje potwierdzające argumenty w badaniach neurobiologicznych. Na pytanie: dlaczego tak jest właśnie?, odpowiedź na początku XXI wieku brzmi: bo mózg ludzki jest najbardziej zorganizowaną strukturą na świecie i tylko on sobie radzi z językiem – bytem także ogromnie skomplikowanym.

Inne – zasadnicze dla procesu interioryzacji języka pytanie: dlaczego jeden człowiek uczy się języka szybciej drugi wolniej?, prowadzi do następującej odpowiedzi: struktura biologiczna wyznacza granice możliwości na zasadzie – dla tego gatunku to już jest niemożliwe. Biologia stwarza jednak jednostkom gatunku różną realizację możliwości, w zależności od indywidualnego wyposażenia tych jednostek.

W logopedii nieustannie od wieków panuje przekonanie o tym, że to socjalizacja w pełni warunkuje proces zdobywania języka. Najnowsze badania nad mózgiem i zachowaniami ludzkimi zmieniają zapewne opinie w tej sprawie. Trzeba będzie dopuścić pod rozwagę następującą tezę: jeśli język jest „przyrodzony” człowiekowi, to człowiek nie może nie mieć języka.³⁸ Wydaje się, że tak jest w istocie. Logopedia zaświadcza, że nie

³⁸ Ciągle łatwiej jest odpowiedzieć na pytanie: czym język nie jest? Z pewnością nie jest narzędziem ani komunikacji, ani poznania. Ujawnia się w każdym akcie ludzkiej świadomości, w jakiegokolwiek interpretacji zjawisk i nie da się go z tego aktu wyłączyć. Człowiek bowiem nie może stanąć naprzeciw świata w jakimś be językowym stanie.

Nie jest też strukturą znaków utworzoną na zewnątrz umysłu jednostki i wprowadzaną do mózgu na zasadzie behawioralnego bodźcowania. Rzeczywiście, język drugi można do pewnego stopnia zaprogramować, tak jak w przypadkach wymagających interwencji logopedycznej usiłuje się programować język pierwszy. Zawsze jednak wysiłki logopedy są tym bardziej niesatysfakcjonujące, im mniej w procesie programowania języka jest w stanie uczestniczyć mózg jednostki i jej poznawcze doświadczenie. Logopedia weryfikuje też negatywnie tezę gramatyki generatywnej, że język jest konstruktem idealnym, w jednakowym stopniu właściwym umysłem wszystkich jednostek, na zasadzie bytów wrodzonych.

Jest język zapewne częścią ludzkiego umysłu, zbudowaną na miarę biologicznych możliwości mózgu i motorycznych doświadczeń człowieka. I w zależności od tych możliwości człowiek w różnym stopniu interioryzuje zarówno język, jak i programy zachowań językowych.

ma takiego zaburzenia mowy, które jest w stanie w zupełności pozbawić człowieka językowego kontaktu z innymi osobami.³⁹

Potrzebna jest zatem nowa dyskusja nad rolą socjalizacji w procesie zdobywania języka także po to, żeby logopeda umiał rozsądnie odpowiadać na pytanie, czy budując język musi każdy element systemu zaprogramować w umyśle pacjenta? Dzisiaj z pewnością możemy jedynie stwierdzić, że w terapii winien wykorzystać to wszystko, czym człowiek w danej sytuacji dysponuje.

Zachęcony teorią Alfreda Korzybskiego, w dyskutowanej od zawsze sprawie roli języka w poznaniu świata, stawiam problem tak: pojedynczy człowiek, zaopatrzony w zmysły, staje sam naprzeciw świata, bo zmysły każdego z nas projektują wrażenia po swojemu. Samo poznanie zmysłowe jest bowiem dalece subiektywne. Ale człowiek ma język, który te subiektywne doznania ujmuje w formę bytów racjonalnych i intersubiektywnych. Jednostka będąca w normie intelektualnej i biologicznej otrzymuje język w prezencje – zdobywa go niezauważalnie, bez wysiłku, a wraz z nim zracjonalizowane intersubiektywne struktury poznawcze.⁴⁰

Sądzi się też, że struktury poznawcze nie tylko obiektywizują doświadczenia, ale również i filtrują dopływ bodźców do mózgu. Mózg bowiem postrzega tylko te bodźce, które jest w stanie zinterpretować. A robi to przez struktury poznawcze właśnie. Nie ma zatem innego obrazu świata niż obraz językowy, mogą co najwyżej być obrazy świata budowane różnymi językami.

³⁹ Sytuacją skrajnie niekorzystną dla interioryzacji języka i kompetencji komunikacyjnej jest głuchoślepotą. Okazuje się jednak, że nawet prelingwalnie głuchoniewidomi mają podstawy języka i interpretują świat w kategoriach językowych, por.: E. Niestorowicz, *Świat w umyśle i rzeźbie osób głuchoniewidomych*, seria: „Komunikacja językowa i jej zaburzenia”, t. 21, red. S. Grabias, Lublin 2007.

⁴⁰ Szerzej na ten temat, S. Grabias, *Język, poznanie, interakcja*, [w:] *Język, interakcja, zaburzenia mowy*, red. T. Woźniak, A. Domagała, Lublin 2007, s. 355–377.