



Ewolucja czy zmiana paradygmatu w diagnozie logopedycznej?

IRENA POLEWCZYK

ORCID: 0000-0003-0764-0409
Uniwersytet Śląski w Katowicach

Cel

Celem opracowania jest ukazanie zmian/transformacji wokół najważniejszego zagadnienia dla pracy logopedy – diagnozy i terapii. To ukazanie spuścizny jakie pozostawiło nam minione pokolenie dla młodych logopedów, zaczynających swoją pracę i mierzących się z trudnościami tu i teraz. Zmiany w obrębie tych zagadnień zostały zaprezentowane na schemacie opracowanym przez Autorkę w 2003¹ roku, a zmodyfikowanym w 2013². Obecnie w 2023 do podanego modelu zostały wpisane zmiany w zakresie głównie diagnozy wad wymowy, czyli dyslalii, które dokonały się w przeciągu 20 lat. Wielka w tym zasługa naszych polskich logopedów.

¹ I. Polewczyk, *Pojęcie diagnozy i sprawności diagnostycznej zaburzeń wymowy [w:]* J. Gruba, I. Polewczyk, *Wybrane zagadnienia logopedyczne, część I, sz, ż, cz, dż*, Gliwice 2003, s. 33–36.

² I. Polewczyk, *Diagnozowanie i stymulowanie rozwoju percepcji słuchowej dzieci w wieku przedszkolnym*, Warszawa 2013.

Wprowadzenie

Gdyby mieć taką wiedzę jak dziś 20–30 lat temu, o ile lepiej i łatwiej nam by się pracowało, ile rzeczy moglibyśmy zrobić skuteczniej. Gdybyśmy potrafili kiedyś tak diagnozować, jak potrafimy to zrobić dziś, ilu osobom moglibyśmy bardziej pomóc. Można by rzec, że trochę zazdrościmy młodemu pokoleniu logopedów w dostępie do wiedzy, do tego, że mogą czerpać z tak wielu źródeł wiedzy, wiedzy lepiej uporządkowanej, bardziej dostępnej.

To oczywiście myślenie nieco magiczne, życzeniowe, nieco zazdrosne... Młode pokolenie bowiem czerpie z naszych poszukiwań, naszych błędów, potknięć i naszych odkryć. To dzięki naszym próbom uporządkowania świata, poszukiwaniom powiązań przyczynowo-skutkowych dzisiejsi logopedzi mają szansę na lepszy start w swojej pracy. Taka jest kolej rzeczy. Można coś zbudować, jeśli postawi się fundament. Tym fundamentem jest wiedza pokolenia poprzedniego, bardziej doświadczonego. Tak też się dzieje we współczesnej logopedii, obszarze nauki rozwijającej się bardzo dynamicznie. W przeciągu tych 20–30 lat zauważamy duże zmiany zarówno w procesie diagnozy, jak i terapii w logopedii. Aby skutecznie móc podjąć się terapii, niezbędne jest dowiedzenie się, z czym mamy do czynienia, potrzebna nam jest zatem dobra, obszerna i trafna diagnoza.

Główne opracowanie

Pewnym truizmem będzie tu ukazanie tego, czym jest diagnoza, lecz wydaje się to jednak w tym miejscu konieczne. Diagnoza związana jest z rozpoznaniem „jakiegoś obiektu, zdarzenia czy sytuacji w celu zdobycia dokładnych informacji i przygotowania się do działań naprawczych. Sytuacja diagnozy ma zawsze charakter pewnej dwoistości, napięcia poznawczego. Mamy bowiem do czynienia z jednej strony z wyborem obiektu jako przedmiotu badań i rozpoznaniem stanu tego badanego obiektu. Z drugiej zaś strony z porównaniem tego poznanego stanu z pewnym innym stanem o charakterze wyidealizowanym, czyli z pewną założoną wiedzą o tym, jak według przyjętych wymogów badany obiekt winien się sprawować”³.

³ I. Polewczyk, *Diagnozowanie i stymulowanie rozwoju percepcji słuchowej dzieci w wieku przedszkolnym*, Warszawa 2013, s. 78.

Ten stan wiedzy o wyidealizowanym obiekcie wymaga nieustannej weryfikacji, czasem dopełnienia, a czasem zupełnej zmiany myślenia o danym obiekcie.

„Z porównania tych dwóch stanów, tj. rzeczywistego i teoretycznego, używamy wiedzy, którą nazywa się wynikiem diagnozy”⁴.

Diagnozę najczęściej rozpatrujemy w dwóch zakresach:

- szerokim (diagnozowanie) – obejmującym całość postępowania badawczego, czyli rozpoznanie, program terapii i prognozę,
- wąskim (diagnoza) – obejmującym samo rozpoznanie danego zaburzenia, stanu rzeczy (diagnoza jako wynik). Z kolei: „[...] interpretacja tego terminu podkreśla dwa jego składniki: zebranie potrzebnych danych i ich krytyczne opracowanie w drodze rozumowania”⁵.

Stefan Ziemiński⁶ zwraca uwagę na szerokie, dynamiczne traktowanie obiektu diagnozowanego jako obiektu zmieniającego się. Dla niego rozumienie pojęcia *diagnoza* to nie tylko dostrzeganie stanów patologicznych, ale również rozpoznawanie jednostkowych stanów rzeczy i ich tendencji rozwojowych.

Ewa Wysocka za Stemplewską i Żakowicz podaje, że sprawność diagnostyczną możemy traktować „jako zbiór kompetencji merytorycznych i praktycznych, które decydują o jej jakości, a jednocześnie określają profesjonalizm zawodowy (w danym zakresie)”⁷. Do takiego profesjonalizmu w logopedii wciąż dążymy.

Prześledźmy proces diagnozy w najbardziej typowej sytuacji diagnostycznej w polskiej logopedii, a co za tym idzie, i sytuacji terapeutycznej. To sytuacja diagnozy i terapii wady wymowy (dyslalii), określenia jej rodzaju, charakteru, stopnia rozległości i zaawansowania, jej przyczyn, które w późniejszym etapie ułatwią nam przygotowanie prawidłowego procesu terapii. Wiele w obszarze diagnostyki dyslalii zmieniło się w ostatnich latach za sprawą prac badawczych Danuty Pluty-Wojciechowskiej. To jej pracy praktycznej i naukowej zawdzięczamy pewien przełom w myśleniu o diagnozie i terapii dyslalii.

Przed laty – po raz pierwszy w roku 2003, a później w roku 2013 (modyfikacje pierwotnego pomysłu) – i teraz w roku 2023 (z komentarzami dotyczącymi ukazania pewnych zmian historycznych i zmian w zakresie paradygmatu

⁴ Ibidem, s. 78.

⁵ E. Mazurkiewicz, *Teoretyczne podstawy diagnostyki pedagogicznej* [w:] *Elementy diagnostyki pedagogicznej*, red. I. Leparczyk, J. Badura, Warszawa 1987, s. 31.

⁶ S. Ziemiński, *Problemy dobrej diagnozy*, Warszawa 1973.

⁷ E. Wysocka, *Diagnozowanie jako specyficzna kompetencja i zadanie asystenta rodziny*, „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze” nr 2/2021, s. 21.

w diagnozie logopedycznej) opracowałam schemat logiczny dotyczący procesu diagnozowania. Schemat ten zawiera dziewięć punktów – rozważań, poprzedzanych komentarzami dotyczącymi dostrzeżonych zmian na przestrzeni lat.

Założyłam, że proces diagnozy składa się z poszczególnych elementów:

1. „Określenie »objektu wzorcowego o charakterze pozytywnym«. Ten etap badawczy związany jest z określeniem wiedzy wzorcowej, która będzie stanowiła model porównawczy. To również ten moment diagnozy, w którym wybieramy przedmiot i aspekt badań.
2. Wyznaczenie rzeczywistego obiektu diagnozowania.
3. Zdobycie na drodze obserwacji zachowania językowego wiedzy o diagnozowanym obiekcie [...]”⁸.

KOMENTARZ: W przypadku diagnozy logopedycznej jest to moment odniesienia się do wiedzy fonetyczno-fonologicznej, to wybór głosek, które mają być modyfikowane w procesie terapii. Etap ten wymaga niepodważalnie wiedzy o cechach fonetycznych głosek języka polskiego, znajomości miejsca i sposobu artykulacji. Ten element jest niezmienny od wielu lat. Najczęściej przyjmowanym punktem odniesienia jest system fonemowo-fonetyczny, czyli system normatywnie funkcjonujących głosek języka polskiego, jako realizacji wzorcowych fonemów opracowany przez Bronisława Ročławskiego⁹. Jednak sposób oceny tychże realizacji wymaga od logopedy nie tylko znajomości tych norm, lecz jeszcze umiejętności oceny wariantów odstępstwa od tej normy. Na drodze badań naukowych wiele w diagnostyce logopedycznej zmieniło się na przestrzeni kilkudziesięciu lat.

Opracowany przez wielu logopedów pewien model diagnozy, który był rozpowszechniony przez dziesiątki lat, zakładał w gruncie rzeczy te same elementy, nieco inaczej ujęte lub zapisane w kartach badania. Prześledźmy kilka z nich, aby zobaczyć ten model diagnozy dyslalii, który stał się pewnym algorytmem postępowania dla wielu pokoleń logopedów. Te opracowania oczywiście były wypracowanym sposobem pracy, podstawą również do zauważenia pewnych braków i pokazaniem możliwości rozwoju tejże diagnozy.

W jednym z pierwszych podręczników z zakresu logopedii, opracowanym przez Irenę Styczek, czytamy, że do diagnozy mowy wykorzystujemy szeroki za-

⁸ I. Polewczyk, *Diagnozowanie...*, op. cit., s.79.

⁹ B. Ročławski, *Podstawy wiedzy o języku polskim dla glottodydaktyków, pedagogów, psychologów i logopedów*, Gdańsk 2005.

kres czynności dotyczący „anamnezy, badania słuchu, badania budowy i sprawności narządów mowy, badania mowy (mówienia i rozumienia), innych badań [...]”¹⁰. W zakresie interesującej nas diagnozy dyslalii możemy skupić się na fragmencie tej szczegółowo opracowanej przez Autorkę liście zadań, analizując jedynie część badania dotyczący oceny artykulacji, czyli w przedstawionym wyżej modelu I. Styczek – badania mowy w zakresie mówienia. W tym obszarze mamy w podręczniku szereg zadań i czynności, które logopeda powinien wykonać, są to: powtarzania przez osobę badaną samogłosek i spółgłosek zgodnie z ich miejscem artykulacji, również jest tu propozycja zapisu wyniku tego fragmentu diagnozy w postaci opisu realizacji głosek izolowanych, w wyrazach i zdaniach w kategorii – głoski mylone, zastępowane, opuszczane, przestawiane, zniekształcane. W zakresach towarzyszących artykulacji w karcie badania mowy, Autorka wyróżniła jeszcze czynność oddechową ocenianą w kategoriach: prawidłowa, przyspieszona, przerywana, oraz ocenę fonacji i tempa mowy. Nie zapomnijmy, że I. Styczek dała chyba po raz pierwszy tak szeroki wachlarz oceny mowy w różnych jej aspektach, opis ten jest zawarty na 29 stronach podręcznika. Opracowany przez I. Styczek algorytm badania mowy był wykorzystywany przez wielu późniejszych autorów w licznych opracowaniach książkowych i artykułach. Jednak schematy te niewiele różniły się od przedstawionego.

Do znanych i wykorzystywanych w praktyce logopedycznej sposobów oceny wymowy, a więc stwierdzenia istnienia/nie istnienia dyslalii, służyły wielu pokoleniom prace Józefa Tadeusza Kania¹¹, Jadwigi Nowak¹², Tadeusza Gałkowskiego i Grażyny Jastrzębowskiej¹³, Elżbiety Minczakiewicz¹⁴ i wielu innych.

Najczęściej w badaniu mowy wskazuje się kilka elementów oceny: „artykulację, mowę samodzielną, powtarzanie, pisanie i czytanie”¹⁵. Autorzy do badania artykulacji proponują wykorzystać kwestionariusz obrazkowy zawierający głoski języka polskiego, uporządkowane miejscem artykulacji. Często w opisach proponuje się również, aby nagrać mowę dziecka w trakcie badania dla ułatwienia zapisu po badaniu. Zwróćmy uwagę, że ten sposób pracy wskazuje głównie na słuchową analizę wypowiedzi dziecka. W trakcie badania

¹⁰ I. Styczek, *Logopedia*, Warszawa 1981, s. 220.

¹¹ J.T. Kania, *Szkice logopedyczne*, Warszawa 1982.

¹² J. Nowak, *Wybrane problemy logopedyczne*, Bydgoszcz 1993, s. 32.

¹³ T. Gałkowski, G. Jastrzębowska, red., *Logopedia. Pytania i odpowiedzi*, Opole 1999.

¹⁴ E. Minczakiewicz, *Mowa – rozwój – zaburzenia – terapia*, Kraków 2010.

¹⁵ J. Nowak, *Wybrane problemy logopedyczne*, Bydgoszcz 1993, s. 32.

mowy oceniamy również: „tonację mowy, (głos cichy, zbyt głośny, zbyt wysoki, falsetowy, mutacja, ochrypli, nosowy), tempo mowy (normalne, przyspieszone, zwolnione, nierówne) oraz oddychanie”¹⁶, ale w kategoriach – prawidłowe, przyspieszone, przerywane, mowa na wdechu, wydech skrócony.

Ten sposób zaburzonego oddychania rzadko zdarza się u dzieci, częściej mamy do czynienia z dysfunkcją oddechową, czyli sposobem oddychania przez buzię, a nie nos, a ten sposób oddychania ma ogromne znaczenie w powstałej wadzie wymowy, czyli dyslalii. Niesie on bowiem za sobą szereg konsekwencji logopedycznych, ortodontycznych, laryngologicznych, pediatrycznych, które powinny stać się obiektem oceny ze względu na wymienione konsekwencje. Takich opracowań, powielających opracowany w latach 80. Model, możemy znaleźć na przestrzeni około 40 lat bardzo wiele. Ale jest to również czas poszukiwań wielu autorów nowych rozwiązań w diagnostyce dyslalii, poszerzający ten utarty już model diagnozy. Do nich zaliczyć możemy prace badawcze Barbary Ostapiuk¹⁷, kierujące obserwacje np. na zagadnienie krótkiego wędzidełka języka (ankyloglosji), oraz prace Lillianny Konopskiej¹⁸ związane z poszukiwaniem relacji między wadą wymowy, a wadą zgryzu.

Przełom, a może i wprowadzenie nowych paradygmatów do logopedii zaproponowała Danuta Pluta-Wojciechowska swoimi pracami badawczymi, które były podwalinami nowych teorii.

Można w tym punkcie odnieść się do przełomowej książki Thomasa Kuhna *Struktura rewolucji naukowych*¹⁹, w której to książce zostało sformułowane pojęcie paradygmatu. Za paradygmat przyjmuje on „powszechnie uznawane osiągnięcia naukowe, które w pewnym czasie dostarczają społeczności uczonych modelowych problemów i rozwiązań”²⁰.

Prace Pluty-Wojciechowskiej, takie jak: *Dyslalia obwodowa. Diagnoza i terapia logopedyczna wybranych form zaburzeń*²¹, *Zaburzenia czynności*

¹⁶ Ibidem, s. 33.

¹⁷ B. Ostapiuk, *Zaburzenia dźwiękowej realizacji fonemów języka polskiego – propozycja terminów i klasyfikacji*, „Audiofonologia” nr 1997/X, s. 117–136.

¹⁸ L. Konopska, *Wady wymowy u osób z wadami zgryzu*, Szczecin 2006.

¹⁹ T.S. Kuhn, *Struktura rewolucji naukowych*, Warszawa 2001. To kolejne wydanie tej przełomowej książki, która w USA ukazała się po raz pierwszy w roku 1962, wydana przez the University of Chicago Press.

²⁰ Ibidem, s. 10.

²¹ D. Pluta-Wojciechowska, *Dyslalia obwodowa. Diagnoza i terapia logopedyczna wybranych form zaburzeń*, Bytom 2021.

*prymarnych i artykulacji. Podstawy postępowania logopedycznego*²² i inne, są właśnie takim przełomem, powstaniem nowego paradygmatu w logopedii.

Zgodnie z myślą T. Kuhna jeśli społeczność zawodowa dokona przewartościowania tradycyjnych procedur doświadczalnych (w tym przypadku dotyczących diagnozy i terapii dyslalii), kiedy to społeczność zmieni bliskie, wypracowane przez lata poglądy i zmieni siatkę teoretyczną/pojęciową, wówczas mamy do czynienia z powstaniem nowego faktu naukowego, niepodważalnego do kolejnej rewolucji naukowej²³. Czy mamy zatem nowe paradygmaty we współczesnej logopedii? Myślę, że tak.

Może warto jeszcze spojrzeć na dyskusję, którą wywołały poglądy T. Kuhna, i przyjrzeć się argumentacji Iana G. Barbour'a²⁴. I. Barbour, podsumowując długoletnią dyskusję w różnych środowiskach naukowych, wskazuje na nowy sposób pojmowania nauki, który jest konsekwencją przyjęcia paradygmatów w nauce.

Po pierwsze, paradygmaty odgrywają dominującą rolę w normalnej nauce – tzn., że „paradygmat określa implícite w ramach danej wspólnoty naukowej typy pytań, jakie mogą być prawomocnie zadawane, typy wyjaśnień, do jakich się dąży, i typy możliwych do przyjęcia odpowiedzi”²⁵. Paradygmaty określają sposoby podejścia do danego problemu, wytyczają kierunek badań, wyznaczają akceptowane wzory współczesnej praktyki naukowej.

Po drugie, rewolucje naukowe polegają na przesunięciu paradygmatów. Przypadki anomalne w nauce są dynamiką zmian, sytuacje, których nie potrafimy wytłumaczyć w jakiś standardowy, przyjęty wcześniej sposób powodują, że zaczynamy szukać nowych rozwiązań, „świadomość narastania sytuacji kryzysowej prowadzi o tego, że wspólnota naukowa uznaje potrzebę przeanalizowania uznanych założeń i poszukiwania alternatywnych rozwiązań”²⁶.

Po trzecie, „wyniki obserwacji zależą od paradygmatu”²⁷, paradygmat pozwala badaczom spojrzeć we właściwy sposób na świat, może się jednak zdarzyć tak, że dwóch badaczy patrzących na to samo zjawisko będzie widzieć co innego, bo różne przyjmą paradygmaty oceny rzeczywistości.

²² D. Pluta-Wojciechowska, *Zaburzenia czynności prymarnych i artykulacji. Podstawy postępowania logopedycznego*, Bytom 2021.

²³ Ibidem.

²⁴ I.G. Barbour, *Mity, modele, paradygmaty*, Kraków 1984.

²⁵ Ibidem, s. 135.

²⁶ Ibidem, s. 136.

²⁷ Ibidem, s. 137.

Po czwarte, „Kryteria są zależne od paradygmatu”²⁸, konkurencyjne paradygmaty różnią się w ocenie dopuszczalnych typów rozwiązań, „[...] zwolennicy nowego paradygmatu, muszą starać się wykazać, że jest on w stanie rozwiązać problemy, które doprowadziły do kryzysu w obrębie starego paradygmatu”²⁹.

Dyskusje nad książką T. Kuhna pokazują nam, że właśnie mamy taki moment w historii polskiej logopedii, gdzie dokonuje się zmiana paradygmatów, mamy też dużo dowodów opisanych w literaturze i dowodów wynikających z praktyki logopedycznej, że nowy paradygmat jest słuszny i ma swoje zastosowanie praktyczne.

W momencie diagnozy staramy się znaleźć przyczynę danego zjawiska i mechanizmy przyczynowo-skutkowe, które pozwolą na uzyskanie lepszego efektu terapeutycznego. W logopedii dawnej/z przed wielu lat staraliśmy się określić budowę i funkcjonowanie aparatu mowy, aby sprawdzić jego zależność z zaistniałą wadą wymowy³⁰. Dziś szukamy przyczyn w zakresie realizacji funkcji prymarnych takich jak połykanie, oddychanie, pozycja spoczynkowa języka, żucie, i inne³¹. Funkcje prymarne stanowią podwaliny ruchowe dla funkcji wtórnych, czyli dla mechanizmu mowy. Badanie realizacji głosek powinno odbywać się na drodze maksymalnego poznania, zarówno słuchowego, wzrokowego, czuciowego jak i eksperymentalnego. Do tej pory powszechny w logopedii od lat 70. był sposób tylko słuchowej oceny mowy, ten sposób był promowany przez min. I. Styczek³², J.T. Kanię³³, J. Nowak³⁴, E. Minczakiewicz³⁵ i innych.

Dopiero przełomowe badania i prace naukowe D. Pluty-Wojciechowskiej ukazały logopedom nowy, bardziej precyzyjny sposób oceny, uwzględniający wszystkie dostępne naszym zmysłom sposoby oceny rzeczywistości³⁶. To odejście od tradycyjnej diagnozy opartej na ocenie słuchowej, a propozycja dogłęb-

²⁸ Ibidem, s. 137.

²⁹ Ibidem.

³⁰ Tu można wskazać prace I. Styczek, J.T. Kani i inne publikacje wymienione wcześniej.

³¹ D. Pluta-Wojciechowska, *Czynności prymarne...*, op. cit.

³² I. Styczek, *Logopedia*, op. cit.

³³ J.T. Kania, *Dyslalia na tle procesu rozwojowego artykulacji*, „Biuletyn Fonograficzny” nr 8, przedruk: J.T. Kania, *Szkice logopedyczne*, „PTL”, Lublin 2001, s. 175–192.

³⁴ J. Nowak, *Wybrane problemy...*, op. cit.

³⁵ E. Minczakiewicz, *Mowa...*, op. cit.

³⁶ D. Pluta-Wojciechowska, *Efektywność terapii dyslalii. Logopedyczno-lingwistyczna analiza wyników badań*, Katowice 2019, s. 69.

nej diagnozy opartej na słuchu, wzroku, dotyku oraz eksperymencie, w poszukiwaniu odnalezienia powiązania między objawem a przyczyną zjawiska. Autorka skłania nas do poszukiwania diagnozy strategicznej, dającej odpowiedź, gdzie leży przyczyna i jak poradzić sobie z tą przyczyną, aby w terapii osiągnąć sukces. Autorka skłania nas do diagnozy wielozmysłowej w poszukiwaniu czasem skrytej przyczyny dyslalii. Odważnie namawia nas również do własnych interpretacji w zakresie opisu wad wymowy. Każdy bowiem z nas wielokrotnie spotkał się w swojej praktyce z wadą wymowy, której nie potrafił zakwalifikować do wcześniej opisanych schematów. Autorka zdjęła z nas ciężar tego obowiązku, a pokazała nowe możliwości opisu wady wymowy, gdzie samodzielnie możemy określić cechy nienormatywne głosek. Ten sposób opisu daje nam bardziej precyzyjne wyobrażenie o sposobie realizacji danej głoski, a w konsekwencji zwiększa naszą świadomość i ukierunkowuje na skuteczną terapię. Autorka opracowała bowiem nowy sposób interpretacji wadliwych realizacji fonemów w postaci: dyslokacji (określenia zmiany miejsca artykulacji), dysmodalności (określenia zmiany sposobu artykulacji, stopnia zbliżenia narządów mowy), dysrezonansowości (określenia udziału rezonatora nosowego w artykulacji) i dyssonantyczności (określenia udziału wiązań głosowych)³⁷. Propozycja opisu zaburzonych głosek daje diagnoście dużo większe możliwości zapisu obserwowanego zjawiska i własnej interpretacji, która w konsekwencji będzie też dawała większe szanse na dobrą i sprawną terapię.

D. Pluta-Wojciechowska opisuje również szczegółową instrukcję sposobu badania czynności prymarnych (połykania, oddychania, żucia, pozycji spoczynkowej języka i innych) i wtórnych, czyli wymowy, karty diagnozy do zapisu wyniku badania, zestawy spisanych zdań, sylab i dźwięków dźwiękonaśladowczych służących do badania spółgłosek, zestawy obrazków tematycznych służące badaniu spółgłosek i samogłosek. To strategiczne podejście do diagnozy i w konsekwencji terapii dyslalii. W zakresie oceny procesów percepcyjnych Autorka prezentuje zakres możliwych metod, zarówno do wykorzystania przez specjalistów laryngologów/audiologów, jak i tych, które logopeda może wykorzystać samodzielnie. Autorka opisała szczegółowy sposób diagnozy zarówno warunków anatomicznych, jak i czynnościowych, które są podstawą dobrej oceny zjawiska. Podstawą opisu staje się schemat: perspektywa oceny danego

³⁷ D. Pluta-Wojciechowska, *Opis zaburzeń mowy jako pierwszy etap postępowania logopedycznego*, „Logopedia Silesiana” nr 1/2012, s. 31–46.

zjawiska, kryteria oceny, sposób badania oraz obserwowane najczęściej odchylenia od normy.

Kolejny punkt w procesie diagnozy, który opracowałam, skierowany jest na porównanie.

4. „Porównanie uzyskanych na drodze poznania badanego dziecka danych ze wzorcem uznawanym za poprawny (patrz punkt 1).
5. Jeśli uzyskane parametry oceny mieszczą się w granicach dopuszczalnych odchylenia od norm rozwojowych lub je przewyższają, proces diagnozy kończy się.
6. Jeśli dochodzi do dostrzeżenia niespełnienia minimów norm rozwojowych, fizjologicznych lub językowych, konieczne jest określenie miejsca, zakresu oraz przyczyn tych odstępstw.
7. Wymaga to posiadania wiedzy o »wzorcach«, czyli wiedzy o tym, jakie cechy i jakie ich natężenie występuje przy poszczególnych przypadkach, w których została naruszona norma w interesującym nas aspekcie badanego przedmiotu.
8. Porównanie zdobytej wiedzy o badanym obiekcie (patrz punkt 3.) z wzorcami rozwojowymi (patrz punkt 7.) w celu zakwalifikowania do jednej z uznanych grup nieprawidłowości (wad rozwojowych). Jeśli to się powiedzie, proces diagnostyczny uznaje się za zakończony”³⁸.

KOMENTARZ: Pamiętać musimy o tym, że proces diagnozy często nie kończy się tak łatwo, nie wszystkie przypadki są proste i szybkie w ocenie – mamy bowiem na przełomie lat do czynienia ze zjawiskiem pojawiających się wad bardziej skomplikowanych, wieloaspektowych i wielozakresowych. Na pewnym etapie diagnozy pewna wiedza musi nam wystarczyć, aby podjąć już jakieś czynności terapeutyczne, pamiętając równocześnie, że diagnoza ma charakter ciągły, dopełniający w trakcie czynności terapeutycznych.

D. Pluta-Wojciechowska w etapach postępowaniach logopedycznego prowadzi nas przez konieczność odpowiedzi na trzy zasadnicze pytania – *Jak jest?, Dlaczego?, oraz Co zrobić, aby zmienić cechy nienormatywne w normatywne?*³⁹.

³⁸ I. Polewczyk, *Diagnozowanie...*, op. cit., s. 78.

³⁹ D. Pluta-Wojciechowska, *Opis zaburzeń...*, op. cit., s. 31–46.

Wracając do własnego schematu opisu procesu diagnostycznego, możemy rozpatrzyć kolejne punkty, ważne dla każdego diagnosty:

9. Jeśli stwierdza się istnienie odchyleń od norm i nie udaje się zakwalifikować grupy objawów do jednej z uznanych grup nieprawidłowości (wad rozwojowych; patrz punkt 7.), oznacza to stwierdzenie niekompetencji. Niekompetencja może mieć charakter:
 - 9.1. Subiektywny – ma to miejsce wówczas, gdy wiedza diagnozującego jest zbyt uboga, lecz istnieją drogi jej uzupełnienia.
 - 9.2. Obiektywny – gdy okazuje się, że stan wiedzy dyscypliny naukowej nie jest zadowalający. Staje się to zwykle bodźcem do podjęcia badań mających na celu uzupełnienie lub przekształcenie istniejącej wiedzy.
 - 9.3. Absolutny – jeśli z powodów teoretycznych nie jest możliwe zdobycie wiedzy o danym przedmiocie w wyznaczonym aspekcie.
10. Jeśli niekompetencja ma charakter subiektywny (patrz punkt 9.1.) lub obiektywny (patrz punkt 9.2.), dalsze działania diagnostyczne może zostać podjęte:
 - 10.1. Po przełamaniu niekompetencji poprzez uzupełnienie wiedzy (punkt 9.1.1.).
 - 10.2. Po przekazaniu zadania osobie bardziej kompetentnej, specjaliście w danej dyscyplinie wiedzy.
 - 10.3. W drugim przypadku (punkt 9.2.) będzie to wymagało przeprowadzenia badań teoretycznych i wprowadzenia do systemu wiedzy nowej partii materiału; jest to poważne utrudnienie i odsuwa sprawę korygowania danej wady w czasie⁴⁰.

KOMENTARZ: W polskiej logopedii doskonale widzimy właśnie ten proces powstawania nowej wiedzy, na drodze badań naukowych opartych na dowodach (zgodnie z formułą EBP {Evidence Based Practice})⁴¹. Postawienie pełnej i trafnej diagnozy wymaga przeprowadzenia szeregu operacji myślowych, takich jak: sprawdzenie diagnozy (hipotezy), wyjaśnienie przyczynowe i celowości. W postępowaniu diagnostycznym dużą rolę odgrywa wiedza badacza, jak również intuicja wynikająca z doświadczeń osoby diagnozującej.

⁴⁰ I. Polewczyk, *Pojęcie diagnozy i sprawności diagnostycznej...*, op. cit., s. 33–36.

⁴¹ Zgodnie z przyjętą przez ASHA American Speech-Language Hearing Association strategią badawczą, <https://www.asha.org/research/ebp/> [12.09.2023].

Podobne transformacje przeszedł proces terapii: od tradycyjnego modelu – kilkietapowego, pewnego algorytmu działania, do nowej formuły terapii dyslalii – strategicznej terapii dyslalii (SMURF)⁴², który również został opracowany przez D. Plutę-Wojciechowską. Ale zagadnienie to wymaga osobnego opracowania, a w miejscu opisu nowych paradygmatów w logopedii zostaje jedynie wspomniany.

Zakończenie

Krótki opis zmian w zakresie diagnozy dyslalii pokazuje, jak bardzo dynamiczną dziedziną nauki jest logopedia, jak wiele zawdzięczamy badaczom z lat ubiegłych, ich odważnym badaniom i opracowaniom naukowym. I choć dziś wiele rzeczy potrafimy zrobić dokładniej, precyzyjnie wskazać związki przyczynowo-skutkowe, to pamiętać musimy, że wiedzę dzisiejszą zawdzięczamy pokoleniu minionemu.

BIBLIOGRAFIA:

- Barbour I.G., *Mity, modele, paradygmaty*, Kraków 1984.
 Gałkowski T., Jastrzębowska G., red. *Logopedia. Pytania i odpowiedzi*, Opole 1999.
 Kania J.T., *Dyslalie na tle procesu rozwojowego artykulacji*. „Biuletyn Fonograficzny” nr 8, przedruk: J.T. Kania, *Szkice logopedyczne*, „PTL”, Lublin 2001.
 Kania J.T., *Szkice logopedyczne*, Warszawa 1982.
 Konopska L., *Wady wymowy u osób z wadami zgryzu*, Szczecin 2006.
 Kuhn T.S., *Struktura rewolucji naukowych*, Warszawa 2001.
 Mazurkiewicz E., *Teoretyczne podstawy diagnostyki pedagogicznej [w:] Elementy diagnostyki pedagogicznej*, red. I. Leparczyk, J. Badura, Warszawa 1987.
 Minczakiewicz E., *Mowa – rozwój – zaburzenia – terapia*, Kraków 2010.
 Nowak J., *Wybrane problemy logopedyczne*, Bydgoszcz 1993.
 Ostapiuk B., *Zaburzenia dźwiękowej realizacji fonemów języka polskiego – propozycja terminów i klasyfikacji*, „Audiofonologia” nr 1997/X.
 Pluta-Wojciechowska D., *Efektywność terapii dyslalii. Logopedyczno-lingwistyczna analiza wyników badań.*, Katowice, 2019.
 Pluta-Wojciechowska D., *Opis zaburzeń mowy jako pierwszy etap postępowania logopedycznego*, „Logopedia Silesiana” nr 1/2012.

⁴² D. Pluta-Wojciechowska, *Terapia strategiczna dyslalii obwodowej. Inspiracje do ćwiczeń warg i języka dla dzieci oraz dorosłych*, Bytom 2021.

- Pluta-Wojciechowska D., *Terapia strategiczna dyslalii obwodowej. Inspiracje do ćwiczeń warg i języka dla dzieci oraz dorosłych*, Bytom 2021.
- Pluta-Wojciechowska D., *Dyslalia obwodowa. Diagnoza i terapia logopedyczna wybranych form zaburzeń*, Bytom 2021.
- Pluta-Wojciechowska D., *Zaburzenia czynności prymarnych i artykulacji. Podstawy postępowania logopedycznego*, Bytom 2021.
- Polewczyk I., *Diagnozowanie i stymulowanie rozwoju percepcji słuchowej dzieci w wieku przedszkolnym*, Warszawa 2013.
- Polewczyk I., *Pojęcie diagnozy i sprawności diagnostycznej zaburzeń wymowy* [w:] J. Gruba, I. Polewczyk, *Wybrane zagadnienia logopedyczne, część I, sz, ż, cz, dż.*, Gliwice 2003.
- Roślawski B., *Podstawy wiedzy o języku polskim dla glottodydaktyków, pedagogów, psychologów i logopedów*, Gdańsk 2005.
- Styczek I., *Logopedia*, Warszawa 1981.
- Wysocka E., *Diagnozowanie jako specyficzna kompetencja i zadanie asystenta rodziny*, „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze” nr 2/2021.
- Ziemski S., *Problemy dobrej diagnozy*, Warszawa 1973.

NETOGRAFIA:

Evidence-Based Practice (EBP), <https://www.asha.org/research/ebp/>