

JACEK JAROSŁAW BŁESZYŃSKI

Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

## Podejście pozytywne w diagnozie logopedycznej – problem metatezy

**ABSTRACT:** The article tackles the problem of a varied diagnosis and in particular, describes the new positive attitude in it. All methodologist and theorists of speech therapy were pinpointing pathology as the main interest of speech therapy. The change of the attitude for the positive approach proves beneficial for artistic and educational speech therapy. The positive approach pays attention to prevention, which shapes appropriate habits and language skills.

**KEY WORDS:** speech therapy, therapy, positive approach in speech therapy

Dotychczas przedstawienie problemu diagnozy, w tym przypadku diagnozy logopedycznej, ograniczało się do prezentacji ogólnych zasad i analizy prawidłowości metodologicznej. W praktyce odznaczało się stworzeniem pewnego toru myślowego, proceduralnego, ukierunkowującego działania, jakie w kolejności bądź w swojej złożoności powinien podejmować logopeda. Logopedia, tak jak każda nauka, posiada swoją strukturę metodologiczną, odnoszącą się do prowadzenia badań naukowych, którego podkategorią jest działalność diagnostyczna (przykładem może być jedno z pierwszych opracowań przedstawionych przez Zbigniewa Tarkowskiego<sup>1</sup> czy publikacja pod redakcją Józefa Porayskiego-Pomsty<sup>2</sup>).

Pierwotnie problem diagnozy wiązano z medycyną. Według *Słownika PWN* termin pochodzi z greckiego (*diágnōsis* ‘rozpoznanie’). Oznacza – w ścisłym ujęciu medycznym – „rozpoznanie choroby na podstawie analizy zmian, jakie wywołuje ona w organizmie”<sup>3</sup>. Dokonując analizy terminu „diagnoza”, odnajdujemy szersze

---

<sup>1</sup> Z. TARKOWSKI: *Ocena rozwoju mowy dziecka*. W: *Diagnoza i terapia zaburzeń mowy*. Red. T. GAŁKOWSKI, Z. TARKOWSKI, T. ZALEWSKI. Lublin, Wydawnictwo Uniwersytetu M. Curie-Skłodowskiej 1993.

<sup>2</sup> *Diagnoza i terapia w logopedii*. Red. J. PORAYSKI-POMSTA. Warszawa, Dom Wydawniczy Elipsa 2008.

<sup>3</sup> *Słownik PWN*. <http://encyklopedia.pwn.pl/haslo/3892406/diagnoza.html> [data dostępu: 25.03.12].

jego określenia – rozpoznanie sytuacji, zjawiska i na podstawie wglądu określenie istniejących zależności oraz przedstawienie planu działania. W przypadku diagnozy logopedycznej chciałbym odnieść się do najbardziej rozpowszechnionych jej definicji:

- Ewa M. Skorek ujęła ten termin jako „rozpoznawanie zjawiska logopedycznego, jego etiologii oraz tendencji rozwojowych na płaszczyźnie informacji ogólnych, zaobserwowanych objawów zaburzenia oraz w oparciu o znajomość ogólnych prawidłowości”<sup>4</sup>;
- Grażyna Jastrzębowska i Olga Pelc-Pękała definiują diagnozę logopedyczną jako „określony sposób postępowania badawczego, którego celem jest potwierdzenie bądź wykluczenie istnienia zjawisk logopedycznych oraz przewidywanie ich tendencji rozwojowych na podstawie objawów, patogenezy i patomechanizmów”<sup>5</sup>;
- Zbigniew Tarkowski wskazuje na „rozpoznanie stanu rzeczy i jego tendencji rozwojowych na podstawie znajomości ogólnych prawidłowości”<sup>6</sup>;
- Tadeusz Gałkowski traktuje diagnozę w kategoriach „zbioru określonych zasad oraz metod postępowania badawczego mającego na celu ocenę rozwoju mowy osoby badanej oraz określenie nieprawidłowości występujących w procesie komunikowania się”<sup>7</sup>.

We wszystkich przedstawionych definicjach diagnozę scharakteryzowano jako rozpoznawanie zjawiska w procesie badawczym (uwarunkowanego zasadami działania), zmierzającego do określenia występowania – bądź odrzucenia – istniejących nieprawidłowości dotyczących mowy (najczęściej wad wymowy). Takie przedstawienie problemu ogranicza się do orzecznictwa, wskazywania nieprawidłowości, określania dróg terapii, rzadziej natomiast do zapobiegania, prewencji oraz wspomaganie czy wspierania mowy, komunikacji.

Niewątpliwie takie podejście ma swoje uwarunkowanie w określeniu samego problemu – diagnozy, jej celów. Wśród wielu wyznaczanych celów niewątpliwie należy wskazać:

- cel klasyfikacyjny – przyporządkowanie danego zjawiska lub stanu rzeczy do danego gatunku lub typu;
- cel typologiczny – przyporządkowanie rozpoznanego stanu rzeczy do danego gatunku lub typu;

<sup>4</sup> E.M. SKOREK: *Z logopedią na ty. Podręczny słownik logopedyczny*. Kraków, Oficyna Wydawnicza „Impuls” 2005, s. 51.

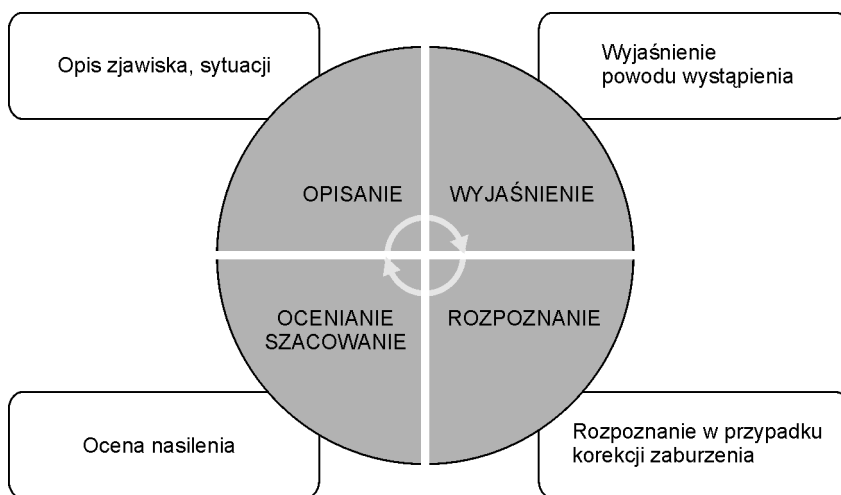
<sup>5</sup> G. JASTRZĘBOWSKA, O. PELC-PĘKAŁA: *Metodyka diagnozy i terapii logopedycznej*. W: *Logopedia. Pytania i odpowiedzi, podręcznik akademicki*. Red. T. GAŁKOWSKI, G. JASTRZĘBOWSKA. T. 2. Opole, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego 1998, s. 309.

<sup>6</sup> Z. TARKOWSKI: *Ocena rozwoju mowy dziecka...*, s. 229.

<sup>7</sup> L. ISKRA, J. SZUCHNIK: *Diagnoza logopedyczna*. W: *Podstawy neurologopedii. Podręcznik akademicki*. Red. T. GAŁKOWSKI, E. SZELĄG, G. JASTRZĘBOWSKA. Opole, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego 2005, s. 271.

- cel genetyczny – określenie stosunku badanego zjawiska do jednego lub kilku typów, ustalenie cech wspólnych z pewnym typem i ich natężenia, oszacowanie swoistości danego zjawiska, stanu rzeczy;
- cel prognostyczny: kausalny – poszukiwanie wyjaśnienia, uwarunkowania przyczynowego spostrzeganych objawów na podstawie zebranych danych o wcześniejszych fazach zjawiska oraz na podstawie wiedzy o ogólnych prawidłowościach przyczynowych zjawisk w obrębie tej dziedziny, rozkładanie złożonych zjawisk badanych na proste składniki, oraz z n a c z e n i a – wyjaśnianie znaczenia występujących objawów patologicznych dla danego układu oraz ustalenie stopnia ich szkodliwości, wyjaśnienie celowości badanego zjawiska;
- cel prognostyczny – wyznaczanie przewidywanego rozwoju na najbliższy okres. Ukazane cele nie tylko określają kierunek nieprawidłowości, ale dzięki swojemu ogólnemu charakterowi umożliwiają przewidywanie, prognozowanie zakresu zachodzących zmian, w tym przypadku w rozwoju szeroko rozumianych funkcji mowy. Refleksje te powinny dotyczyć zarówno możliwości, jak i ograniczeń, potrzeb i uwarunkowań, w jakich badane jest zjawisko mowy.

W takim ujęciu chyba najbardziej praktyczny – ze względu na potrzeby i wynikające z nich uwarunkowania podejmowanych działań – jest podział prezentowany na rys. 1.



RYSUNEK 1. Cele postępowania diagnostycznego (ogólnego)

Wszystkie działania są ustrukturyzowane i wynikają z logiki ciągu podejmowanych czynności. Układ ten jest logiczną konsekwencją wykonywanych czynności. Ma jednak szerszy wymiar. Powinien obejmować indywidualną analizę przypadku (przypadków) oraz opracowanie informacji, która staje się podstawą podejmowanego oddziaływania – terapii lub/i formułowanych zaleceń (por. rys. 2.).



RYSUNEK 2. Zadania diagnozy w ujęciu funkcjonalnym

Konieczne jest w tym miejscu ukazanie kontekstualnego problemu diagnozy logopedycznej. Logopedia – jako nauka interdyscyplinarna – jest współtworzona z dziedzinami, z jakim najczęściej i najściślej współpracuje. Jak wskazują np. Irena Styczek<sup>8</sup>, Grażyna Jastrzębowska<sup>9</sup>, teoria logopedii oparta jest przede wszystkim na językoznawstwie – filologii języka ojczystego (w jakim jest tworzona logopedia), pedagogice, psychologii oraz medycynie. Można uznać, iż są to cztery filary, na jakich opiera się logopedia. Te filary warunkują modele diagnozy, a przede wszystkim terapii (rys. 3.).

<sup>8</sup> I. STYCZEK: *Logopedia*. Warszawa, PWN 1973.

<sup>9</sup> G. JASTRZĘBOWSKA: *Podstawy teorii i diagnozy logopedycznej*. Opole, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego 1998.



RYSUNEK 3. Uwarunkowania interdyscyplinarne diagnozy

Do kanonu procedur diagnozy logopedycznej wszedł model – opracowany przez G. Jastrzębowską i Olgę Pelc-Pękałą<sup>10</sup> – jasnego i logicznego podziału kroków postępowania:

- I. Określenie problemu:
  1. Badanie wstępne – wywiad, obserwacje, orientacyjne badanie mowy.
  2. Badanie uzupełniające.
- II. Sformułowanie hipotez:
  1. Badanie podstawowe – badanie rozumienia, mówienia oraz czytania i pisanie.
  2. W koniecznych przypadkach również badanie specjalistyczne.
- III. Weryfikacja hipotez – staje się podstawą określenia ostatecznego opisu zjawiska, a w uzasadnionych przypadkach określenia kierunku prowadzenia dalszego działania.

Weryfikacja hipotezy pozwala na postawienie diagnozy, która – co warto podkreślić – będzie najprawdopodobniej weryfikowalną hipotezą dokonującą się zarówno w dalszym rozwoju, jak i w postępowaniu terapeutycznym. Dalsze etapy rozwoju człowieka i jego wspomagania (również terapeutycznego) są ciągiem weryfikacji pierwotnej diagnozy – stanowią formę ewaluowania cząstkowej hipotezy po każdym podjętym nowym działaniu terapeutycznym.

Każda diagnoza – weryfikowana i doprecyzowywana w trakcie podejmowanych działań terapeutycznych – staje się więc bardziej diagnozą kierunkującą, jednak ulegającą mniejszej lub większej modyfikacji.

<sup>10</sup> Ibidem; G. JASTRZĘBOWSKA, O. PELC-PĘKAŁA: *Metodyka diagnozy i terapii logopedycznej...*, s. 309–345.

Diagnoza jednak nie powinna być ukierunkowywana na patologię, zaburzenie, nieprawidłowości w rozwoju i funkcjonowaniu. Diagnoza ma określać stan obecny („tu i teraz”) z ewentualnym przewidywaniem rozwoju, jaki powinien nastąpić w najbliższym okresie w wybranych sferach. Diagnoza stanowi podstawę podejmowania działań terapeutycznych – z jednej strony, z drugiej zaś – jest elementem wskazującym na obecny stan rozwoju (indywidualnego rozwoju na tle szerszej grupy). Takie podejście w przypadku zaburzeń i opóźnień w rozwoju łączy się z koniecznością udzielenia wsparcia czy podjęcia interwencji lub uspokojenia działań (jako wskazanie braku występowania znaczących odchyłeń od określanych norm rozwojowych w badanych funkcjach).

Jednak podejście diagnostyczne w przypadku zaburzeń powinno się poszerzyć poprzez odchodzenie od wyakcentowania, a często brania pod uwagę jedynie występujących zaburzeń na rzecz holistycznego i bardziej pragmatycznego podejścia do funkcjonowania człowieka. Źródeł można poszukiwać w humanizmie, personalizmie, ale przede wszystkim w nurcie pozytywnej psychologii Martina E.P. Seligmana<sup>11</sup>, co ma również swoje odbicie w terapii i podejściu do osób niepełnosprawnych.

Ważne i istotne w rozumieniu odmiennego podejścia do zaburzeń w rozwoju wydaje się ujęcie zaproponowane przez Romana Ossowskiego<sup>12</sup>. Postuluje on holistyczne podejście do problemu rehabilitacji, co ma swoje konsekwencje w rozumieniu osoby niepełnosprawnej, a także opowiada się za poszerzeniem procesu diagnostycznego o niezaburzone funkcje, które należy – jego zdaniem – również objąć terapią.

Proponowany model ma czteroelementową strukturę:

- poznanie głębokości i zakresu uszkodzeń struktury organizmu oraz rodzaju utrudnień, jakie napotyka osoba niepełnosprawna w regulowaniu stosunków z otoczeniem;
- opracowanie i realizacja programu rehabilitacji, mającego na celu usprawnienie uszkodzonych, ale częściowo zachowanych możliwości psychofizycznych osoby niepełnosprawnej drogą leczenia klinicznego oraz uruchamianie ich;
- opracowanie i realizacja programu rozwoju i usprawniania nienaruszonych przez niepełnosprawność sprawności organizmu w celu wykorzystania ich na zasadzie kompensacji;
- opracowanie zasad i strategii regulacji przez osobę niepełnosprawną swoich stosunków z otoczeniem, które umożliwiłyby jej funkcjonowanie zawodowe i społeczne w świecie skonstruowanym według możliwości ludzi zdrowych<sup>13</sup>.

---

<sup>11</sup> M.E.P. SELIGMAN: *Pełnia życia: nowe spojrzenie na kwestię szczęścia i dobrego życia*. Przeł. P. SZYM CZAK. Poznań, Harbor Point Media Rodzina 2011.

<sup>12</sup> R. OSSOWSKI: *Teoretyczne i praktyczne podstawy rehabilitacji*. Bydgoszcz, WSP 1999.

<sup>13</sup> Ibidem.

Podobne podejście do diagnozy – z ukazaniem perspektywy podejmowanych działań w obrębie niezaburzonych funkcji – zaprezentował Janusz Kostrzewski<sup>14</sup>. Badacz, prezentując problem diagnozy osób z niepełnosprawnością intelektualną, przedstawił wskazania i nakreślił drogi, jakie powinien wybrać diagnosta. Działania te zostały podzielone na trzy etapy:

- wstępna weryfikacja – pozwala określić, czy w ogóle należy podejmować się całej procedury;
- wskazanie występujących zaburzeń;
- określenie najkorzystniejszych dróg, zmierzających do osiągnięcia najlepszych efektów.

Dzięki wskazaniu czterech sfer, warunkujących występowanie zaburzeń, możliwe jest określenie najefektywniejszych działań (w obrębie tych sfer), co pozwala na uzyskanie optymalnych efektów zarówno w procesie diagnozy, jak i w zakresie podejmowanych na jej podstawie działań terapeutycznych.

J. Kostrzewski – po dokonaniu całościowego oglądu – przedstawił model, który może być zastosowany przez osoby pracujące z osobami niepełnosprawnymi umysłowo (np. z oligofazją). Model ten – po dokonaniu odpowiedniej modyfikacji (wprowadzeniu zmiennych zaburzenia, jakie występuje u dziecka) – może służyć do napisania programu do wybranej jednostki zaburzenia.

ETAP PIERWSZY – określ rodzaj wsparcia.

**Wymiar I.** Funkcjonowanie intelektualne i umiejętności przystosowawcze.

ETAP DRUGI – klasyfikacja i opis.

1. Poznaj silne i słabe strony, wskaż rodzaj wsparcia, jakiego należy udzielić.

**Wymiar II.** Sfera psychologiczno-emocjonalna.

2. Opisz strony silne i słabe, biorąc pod uwagę stan psychiczny i emocje.

**Wymiar III.** Stan zdrowia.

3. Opisz stan zdrowia i podaj przyczynę niedorozwoju.

**Wymiar IV.** Środowisko.

4. Opisz środowisko, w którym dziecko przebywa, podaj optymalne środowisko, które może korzystnie wpłynąć na jego wzrost i rozwój.

ETAP TRZECI – profile i intensywność potrzebnego wsparcia.

5. Rozpoznaj rodzaj, zakres oraz intensywność wymaganego wsparcia w zakresie każdego z czterech wymiarów:

- **Wymiar I.** Funkcjonowanie intelektualne i umiejętności przystosowawcze.
- **Wymiar II.** Stan psychologiczny i emocjonalny.
- **Wymiar III.** Stan zdrowia i etiologia.
- **Wymiar IV.** Środowisko.

---

<sup>14</sup> J. KOSTRZEWSKI: *Niepełnosprawność umysłowa. Poglądy, metody diagnozy i wsparcia*. W: *Psychologiczne wspomaganie rozwoju psychicznego dziecka. Teoria i badania*. Red. A. CZAPIGA. Wrocław, WTN 2006.

W psychologii i w pedagogice wprowadzenie etapowego modelu wskazuje na zmianę opcji w podejściu do osoby poddawanej oddziaływaniom – zarówno co do umiejscowienia jej w procesie diagnozy i terapii, jak i co do określenia zakresów podejmowanych wobec niej działań, bardziej rozwarstwionych i komplementarnie wprowadzanych. Istotą tego podejścia jest odchodzenie od analizy negatywnej, czyli wyszukiwania odstępstw (w tym rozumieniu najczęściej zaburzeń, opóźnień, wad – zaburzeń w rozwoju) na rzecz holistycznego ujęcia – w odniesieniu do multidyscyplinarności (powiązania psychologii, pedagogiki, językoznawstwa, medycyny i innych dziedzin) oraz poszerzenia rozumienia diagnozy o pozytywne podejście (nie tylko rozumianej jako patologii) i rozwinięcia zagadnień dotyczących komunikacji (mowy i języka osadzonych na szeroko rozumianym oddziaływaniu społecznym). To podejście najlepiej oddaje problem inkluzji i zmieniania się rozumienia odmienności „innego” w dobie zmian społecznych<sup>15</sup>. To akceptacja i tolerancja stają się wskaźnikami dokonujących się procesów włączania (inkluzji społecznej). Wytarczają również kierunki podejmowanych działań optymalnego jej wprowadzania.

Poszerzenie i ukazanie w longitudinalnym wymiarze diagnozy wymaga jeszcze ujęcia interdyscyplinarnego, które nie tylko powiększa, ale również warunkuje równe podejście do problemu, jaki łączy się z tym działaniem. Interdyscyplinarne ujęcia dominują przede wszystkim w naukach humanistycznych i społecznych. Dobrymi przykładami przedstawienia problemu diagnozy są prace z zakresu psychologii klinicznej, np. studia Haliny Sęk<sup>16</sup>, czy też dokonania z obszaru neuropsychologii, m.in. autorstwa Anna Herzyk<sup>17</sup> i Marii Pąchalskiej<sup>18</sup>.

Konieczne w tej sytuacji staje się dokonanie zmiany w rozumieniu istoty i zakresu terminu „diagnoza logopedyczna”. Dla pełniejszego ujęcia problemu diagnozy wskazane byłoby poszerzenie zakresu pojęciowego – zarówno na płaszczyźnie komunikacji (w szerokim znaczeniu), jak i w przestrzeni podejmowanych działań (w holistycznym ujęciu). Obecnie logopedzi są specjalistami z różnych dyscyplin (psychologii, pedagogiki, filologii polskiej, medycyny). Wnoszą w działalność logopedyczną swoje doświadczenie oraz nabytą w czasie studiów wiedzę.

W takim ujęciu można wskazać:

- całokształt podejmowanych działań;

---

<sup>15</sup> Szerzej problem ten omawia J. MIKULSKA: *Społeczny obraz osób niepełnosprawnych i jego uwarunkowania*. W: *Rodzina z dzieckiem niepełnosprawnym – możliwości i ograniczenia w rozwoju*. Red. H. IZDEBSKA. Warszawa, Delfin 2011. Badaczka, ukazując dokonujące się przemiany w społecznym odbiorze osób niepełnosprawnych, przedstawia m.in. kwestię ujmowania problemów logopedycznych jako elementów kojarzonych z niepełnosprawnością. Tym samym zwraca uwagę na to, że terminy te są rozłączne i nie powinny być utożsamiane, gdyż zarówno nie są tożsame, jak i mogą, ale nie muszą, współwystępować z niepełnosprawnością.

<sup>16</sup> H. SĘK: *Wprowadzenie do psychologii klinicznej*. Warszawa, Scholar 2001.

<sup>17</sup> A. HERZYK: *Wprowadzenie do neuropsychologii klinicznej*. Warszawa, Scholar 2005, s. 117–138.

<sup>18</sup> M. PĄCHALSKA: *Afajzologia*. Warszawa, PWN 2011, s. 119–214.



- zastosowanie metod postępowania badawczego;
- określenie całokształtu funkcjonowania badanej osoby;
- ocenę rozwoju mowy;
- określenie nieprawidłowości występujących w procesie komunikowania się.

W tak holistycznym przedstawieniu problemu diagnozy możliwe stają się działania z uwzględnieniem perspektywy: lingwistycznej, psychologicznej, medycznej i pedagogicznej – zróżnicowanych nie tyle co do celu, ale również co do spojrzenia. Łączą się z podejmowaniem ewentualnych praktycznych rozstrzygnięć – wspomagających lub terapeutycznych.

W diagnozie: logopedycznej, psychologicznej, pedagogicznej – działaniach humanistycznych, personalistycznych – istotne jest odchodzenie od systemu naznaczania, etykietyzowania na rzecz określenia aktualnego, realnego stanu rozwoju w odniesieniu do możliwości i optymalnych osiągnięć, jakie na określonym etapie rozwoju i funkcjonowania społecznego odnosi dana osoba. Dlatego tak ważne jest wykorzystanie zbiektywizowanych, funkcjonalnych i pozytywnych wzorców diagnozy. Znajduje to swoje odzwierciedlenie w obecnej sytuacji komunikacji społecznej, na jaką – szczególnie w ostatnich czasach – narzekamy. Wydaje się, że zbyt często zwracano uwagę na zaburzenia w rozwoju mowy czy wady wymowy, zapominając o innych, jakże ważnych elementach języka, takich jak kultura żywego słowa (kunszt wysławiania się), będąca równie cennym elementem kształtowania się szeroko rozumianych kompetencji językowych, jakie są istotne w swym zakresie w połączeniu z mową i komunikacją.

W takim podejściu życzyłbym zarówno sobie, jak i wszystkim logopedom, abyśmy odeszli od obrazu logopedy patologa, a stworzyli bardziej przyjazny wzorzec osoby wspomagającej komunikację, mowę i język.