

# Grażyna Gunia

---

## Kierunki opieki logopedycznej wobec osób z zaburzoną zdolnością komunikacyjną

---

Niepełnosprawność nr 4, 19-26

---

2010

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej [bazhum.muzhp.pl](http://bazhum.muzhp.pl), gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Grażyna Gunia

## Kierunki opieki logopedycznej wobec osób z zaburzoną zdolnością komunikacyjną

### Wprowadzenie

Początki i obraz logopedii 2010 roku łączą założenia teoretyczne i praktyczne rozwiązania obowiązujące w tych dyscyplinach naukowych, których przedmiotem badań są kompetencje komunikacyjne ludzi na poziomie prewencji, diagnozy i terapii. Wiodącymi dyscyplinami naukowymi w tym zakresie są medycyna, a w zakresie dziedzin humanistycznych: pedagogika specjalna, psychologia i językoznawstwo.

Analiza uwarunkowań i kierunków rozwoju opieki logopedycznej na świecie i w Polsce zmieniała się wraz z „aktualizacjami orientacji aksjologicznej i telehorizmu” (Sztobryn 2006, s. 40), które zostały wypracowane głównie w obszarze dwóch dziedzin naukowych: medycznej i humanistycznej. Dlatego zgodnie z zażyczeniem A. Krause (2009, s. 39) omówienie specyfiki oddziaływań w zakresie pedagogiki specjalnej wymagało nie tylko „przytoczenia idei, myśli, koncepcji, rozwiązań prekursorów czy wielkich nieobecnych, lecz aktualizacji najważniejszych dyskursów tej dyscypliny w odwołaniu do jej najważniejszych przesłań, o tworzeniu krytyczno-emancypacyjnej pedagogiki specjalnej *reagującej i wyczulonej* na zmiany”.

### Interwencja logopedyczna z perspektywy różnych dyscyplin naukowych

Zaburzenia mowy lub trudności w porozumiewaniu się słownym są określane jako pedagogiczny fenomen, który charakteryzuje się niejednorodnym obrazem klinicznym o złożonych uwarunkowaniach, występujących w określonych przestrzeniach społecznych. Interdyscyplinarność i wielopoziomowość zadań opieki logopedycznej wobec osób z zaburzoną zdolnością komunikacyjną wymaga więc współpracy różnych specjalistów (Lechta 2010; Gunia, Lechta 2009). Praktyka wykazuje, że trudno jednemu resortowi, np. Ministerstwu Edukacji czy Zdrowia, przypisać organizację i realizację interwencji logopedycznej w zakresie

trzech nawzajem się uzupełniających poziomów: profilaktyki, diagnozy i terapii. Jednak nie możemy dopuścić do dominacji czy wręcz walki o nadrzędną pozycję specjalistów (Lechta 2009; Grohnfeldt i in. 1989).

Przedstawiciele nauk pedagogicznych, a logopedii w szczególności, uważają, że w okresie ponowoczesności badania, których przedmiotem jest rzeczywistość edukacyjna, powinny być prowadzone w zakresie wielu dziedzin naukowych, co wynika ze złożoności problematyki badawczej i wymaga stosowania metod opracowanych przez różnych specjalistów. Podkreślają to również reprezentanci nauk medycznych. Zakładają oni, że nie ma dysonansu w założeniach programowych logopedii i foniatrii, co wynika z wieloletniej praktyki, która implikuje zakresy kompetencji dla lekarzy i terapeutów mowy, a „idealnym rozwiązaniem są działania zespołowe: foniatry z psychologiem klinicznym i logopedą” (Obrębowski, Pruszewicz 1999, s. 127). Julian Aleksandrowicz (1987), lekarz i humanista, łączył profilaktykę z pedagogiką, a doniosłą rolę przypisywał rozwojowi pedagogiki profilaktyki i działaniom międzydiscyplinarnym.

Problematyka i ocena zdrowia również nabrały nowego wymiaru: de-medycyzacji. Humanistyczna diagnoza i terapia współczesnych problemów związanych ze zdrowiem uwzględnia: holistyczne podejście do zdrowia, ocenę nie tylko obiektywnych, ale również subiektywnych wskaźników zdrowia oraz kształtowanie u ludzi umiejętności życiowych i kompetencji do działania, czyli osobowości podejmującej świadomie działania do tworzenia zdrowego życia i środowiska (Aleksandrowicz 1987; Woynarowska 2000). Paradygmaty pedagogiki specjalnej obowiązujące we współczesnej rehabilitacji osób niepełnosprawnych zorientowane na upodmiotowienie, zasoby, uczestnictwo, mają więc swoje odzwierciedlenie w założeniach nauk medycznych (Gunia 2010).

Nurt *paidei* współczesnej logopedii cechuje epistemologiczna niepewność, związana z wieloparadygmatami pedagogiki otwartej, wymagającej interdyscyplinarności, wielokierunkowości i wewnętrznego zróżnicowania (por. Śliwerski 2006). Jest to zgodne z tezami reprezentowanymi przez wielu pedagogów specjalnych. Zdaniem J. Głodkowskiej (2009) cechy współczesnej rehabilitacji osób niepełnosprawnych to: rehabilitacja holistyczna, pozytywna, permanentna, podmiotowa, łączenia-zbliżania. Władysław Dykcik (2006, s. 17) proponuje „otwartość naukową pedagogiki specjalnej”, czyli poszukiwanie teoretycznego i praktycznego wykorzystania potrzeb edukacyjnych osób niepełnosprawnych dla ich pełnej samorealizacji. Czesław Kosakowski (2003, s. 36–37) uważa, że podmiotowość i autorewalidacja w pedagogice specjalnej to „akcentowanie mocnych stron osoby z odchyleniami od normy, tego, co nie zostało zaburzone” oraz nieakcentowanie tego, „co dzieli osoby niepełnosprawne i z odchyleniami od normy”.

Emancypacja w trendach pedagogicznych i psychologicznych oznacza dążenie do autonomii (Śliwerski 2006). Nurt emancypacyjny wiąże się usamodzielnieniem logopedii jako dyscypliny naukowej, którą głosił od połowy XX wie-

ku L. Kaczmarek. Jednak emancypacja jako urzeczywistnienie wolności, wychowywanie do świadomości krytycznej zmusza logopedę do odpowiedzialności za to, co jest i co powinniśmy osiągnąć. W odniesieniu do terapii logopedycznej świadomość realnej sytuacji oznacza opiekę oraz towarzyszenie ukierunkowane na eliminowanie zaburzeń różnymi metodami i technikami terapeutycznymi, opracowanymi zgodnie z koncepcjami teoretycznymi dyscyplin z pogranicza. Dążenie do niezależności to z jednej strony budowanie „mocnej struktury”, na której możemy oprzeć zarówno teoretyczne, jak i praktyczne działania, a z drugiej strony zobowiązanie do połączenia sił z innymi (Callo 2006, s. 328). Wymaga to, zdaniem V. Lechty (2009), ujednolicenia terminologii, jedno- znacznego zdefiniowania i stałego uzupełnienia o nowe terminy. Dotyczy to w pierwszym rzędzie podstaw na temat przedmiotu badań, który we współczesnych koncepcjach logopedii nie ogranicza się tylko do bezosobowego pojęcia mowy i słownego porozumiewania się, ale obejmuje cały proces komunikacji, indywidualnie zróżnicowany, ukierunkowany nie na zaburzenie, ale na osobę w całościowym ujęciu biopsychospołecznym. Dlatego V. Lechta proponuje stosowanie szerokiego terminu „interwencja logopedyczna” na określenie działań, które podejmuje logopeda wobec osoby z zaburzoną zdolnością komunikacyjną „w celu:

- 1) zintensyfikowania,
- 2) wyeliminowania, stłumienia lub przewyciężenia ZZK (zaburzonej zdolności komunikacyjnej),
- 3) zapobiegania zaburzeniom (doskonalenie zdolności komunikacyjnych)” (2009, s. 41).

Przeobrażenia logopedii zgodnie z nurtem emancypacyjnym wymagają jednoznaczного określenia przy współpracy wielu specjalistów. Jest to zadanie priorytetowe dla interdyscyplinarnego i wielopoziomowego organizowania kierunków opieki logopedycznej wobec osób z zaburzeniami zdolności komunikacyjnej. Muszą ono uwzględniać dotychczasowy dorobek w tym zakresie, wypracowany w przeszłości, ale osadzony w teraźniejszych realiach społecznych, politycznych, cywilizacyjnych wraz z wizją przyszłości.

## Kierunki opieki logopedycznej w Polsce

Wielość dyscyplin i paradygmatów obowiązujących w logopedii zmusza do zastanowienia: kto i w jaki sposób organizuje logopedyczną interwencję wobec osób z trudnościami lub zaburzeniami zdolności komunikacyjnej? Polskie doświadczenia wykazują, że organizacją tej opieki zajmują się placówki podległe dwóm resortom:

- 1) służbie zdrowia (poradnie specjalistyczne: foniatryczne, zdrowia psychicznego lub gabinety specjalistyczne i ośrodki rehabilitacyjne – wczesnej interwencji przy klinikach, szpitalach);

2) edukacji narodowej, reprezentowanej przez przedszkola i szkoły.

Obecnie stosowane rozwiązania opieki logopedycznej miały swoje odzwierciedlenie w założeniach teoretycznych prekursorów podstaw teorii i praktyki logopedycznej. Władysław Ołtuszewski (1855–1922) był propagatorem działań profilaktycznych, które podejmują w pierwszym rzędzie rodzice i nauczyciele oraz działań mających na celu kształtowanie świadomego i aktywnego pacjenta jako partnera lekarza w procesie terapii. Model prewencji, diagnozy i terapii realizował w Zakładzie Leczenia Zboczeń Mowy w Warszawie (por. Gunia 2006). Wzorowy system opieki logopedycznej opracowano w latach trzydziestych XX wieku w Wilnie. Bogdan Dylewski był jednym z organizatorów Szkolnej Przychodni Fonologicznej prowadzącej badania przesiewowe w kierunku zaburzeń głosu i mowy oraz terapię na terenie szkół powszechnych, w których zorganizowano klasy dla uczniów źle mówiących. Należy podkreślić, że nauczyciele-terapeuci mowy opłacani przez resort oświaty mieli zniżkę godzin, a dla lekarzy szkolnych i nauczycieli były organizowane kursy z zakresu logopedii. Bogdan Dylewski uważał, że opieka logopedyczna powinna być prowadzona przez szkoły, a nie poradnie, w których dostrzegał wiele uchybień organizacyjnych. Jacek Głębocki podkreślał, że opiekę logopedyczną prowadzoną w ramach struktury i działalności szkolnej cechuje: powszechność, kompleksowość, systematyczność (Gunia 2006).

Model opieki logopedycznej z lat dziewięćdziesiątych autorstwa L. Kaczmarka (1991, s. 5, 18), wzorowany na założeniach opracowanych przez W. Ołtuszewskiego i B. Dylewskiego, jest „próbą włączenia jej do systemu edukacyjnego”, w którym wiodące zadania wychowawczo-profilaktyczno-rehabilitacyjne przypisuje się pedagogom w środowisku przedszkolnym/szkolnym oraz rodzicom w środowisku domowym. Leon Kaczmarek (1991) wymienia sześć faz opieki logopedycznej, zintegrowanych z naturalnym przebiegiem procesu kształtowania się i rozwoju mowy u człowieka, począwszy od okresu: prenatalnego (pierwsza faza), poprzez żłobkowy (druga), przedszkolny (trzecia), wczesnoszkolny (czwarta), szkolny (piąta) aż do okresu dorosłego (szósta). Opieka ta jest wielopoziomowa, zgodnie z całościowym ujęciem mowy lub innych sposobów komunikowania się. Zdaniem L. Kaczmarka (1991) wielowymiarowe podejście do mowy i jej zaburzeń wymagało powołania centrum wspólnego dla resortu zdrowia, edukacji, opieki społecznej, kultury i sztuki, pod nazwą Krajowy Ośrodek Logopedii. Działania ośrodka lubelskiego pod kierunkiem profesora L. Kaczmarka okazały się możliwe, ale wymagały dalszych wytrwałych i cierpliwych prac, których zabrakło przy transdyscyplinarnym podejściu do interwencji logopedycznej, uwzględniającej kultywowanie poprawności wymowy – kultury żywego słowa.

Bronisław Roślowski głosi ideę, by opieka logopedyczna w Polsce była realizowana od poczęcia aż do starości, głównie przez dwa resorty: edukacji i zdrowia.

Interwencją logopedyczną powinny być objęte dzieci w okresie prenatalnym, perinatalnym i postnatalnym. Postulowana profilaktyka „obejmie nie tylko okres przedszkolny, ale i okresy wcześniejsze (...) a wiedza logopedyczna coraz szerzej będzie docierać do społeczeństwa, do przyszłych matek i ojców dzieci poczętych i nowo narodzonych” (Rocławski 1998, s. 3–4).

Wzorując się na modelach opieki logopedycznej, E. Słodownik-Rycaj (2007, s. 290) przedstawiła jej miejsce i organizację w systemie oświatowym z perspektywy pedagogiki porównawczej. Przeprowadzona przez autorkę analiza porównawcza wykazała następujące tendencje:

- specjaliści zatrudnieni przez resort oświaty w największym stopniu przejmują realizację zadań logopedii wychowawczej, skoncentrowanych na stwarzaniu optymalnych warunków do kształtowania się mowy u dzieci pełno- i niepełnosprawnych oraz zapobieganiu zaburzeniom zdolności komunikacyjnej, a także eliminowaniu trudności w komunikowaniu się słownym i pisemnym;
- specjaliści zatrudniani przez resort zdrowia mający specjalizacje, takie jak: neurologopedia, balbutologopedia, koncentrują się na likwidowaniu zaburzeń mowy, nie uwzględniając kompleksowego, wielopoziomowego procesu terapii;
- przesunięcie opieki logopedycznej z poradni specjalistycznych do placówek systemu edukacji, głównie na terenie przedszkoli i szkół;
- zmieniające się ustawy i systematycznie obniżane środki pieniężne przeznaczone dla szkolnictwa i służby zdrowia lub niegospodarność w ich zarządzaniu powodują, że finansowanie tych placówek jest zróżnicowane;
- rozporządzenia w sprawie udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej uczniowi i jego rodzinie dotyczącej zajęć specjalistycznych o charakterze terapeutycznym i korekcyjno-kompensacyjnym, w tym zajęcia logopedyczne, są na wniosek rodziców lub pedagoga przeznaczone dla dzieci i młodzieży ze zdiagnozowanymi zaburzeniami mowy;
- pozyskiwanie środków pieniężnych na zajęcia logopedyczne wspomagają fundacje lub środki przeznaczone na realizację programów profilaktycznych bądź wczesnej interwencji.

Podsumowując prezentację systemu opieki logopedycznej w Polsce, można stwierdzić, że od wielu lat priorytetowym kierunkiem rozwoju tego systemu jest profilaktyka. Działania na poziomie profilaktyki są skierowane do: rodziców oraz noworodków i niemowląt na oddziałach położniczo-noworodkowych i dzieci do 6/7 roku życia. Zadaniem logopedy w tym zakresie jest (por. Stopnicka-Stolarska 1996; Stecko 1998; Rządźka, Rządźki 1996):

- 1) objęcie rodziców programem szkoleń na temat profilaktyki logopedycznej zapobiegającej powstawaniu nieprawidłowości w rozwoju artykulacji i prowadzenie konsultacji indywidualnych;

- 2) wczesna diagnoza na oddziałach neonatologicznych i zapobieganie patologii w obrębie narządu żucia:
  - a) uświadomienie rodzicom znaczenia karmienia piersią, które podczas ruchów ssąco-żujących wspomaga w sposób naturalny ćwiczenie mięśni aparatu artykulacyjnego, prawidłowe połykanie i oddychanie, a w efekcie przygotowuje do prawidłowej artykulacji głosek,
  - b) ocena budowy anatomicznej i odruchów fizjologicznych w obrębie jamy ustnej oraz wykluczenie nieprawidłowości w budowie twarzoczaszki;
- 3) prowadzenie badań przesiewowych wśród dzieci w żłobkach i przedszkolach, podczas których są oceniane: sposób połykania, oddychania, zgryz, badany jest słuch fizjologiczny, fonematyczny, diagnozowana jest poprawność artykulacyjna głosek, poprawność użycia form gramatycznych oraz rozumienie mowy;
- 4) szkolenie kadry pedagogicznej i prowadzenie zajęć warsztatowych z zakresu stymulacji rozwoju mowy z zastosowaniem różnych metod terapii, a także szkolenie lekarzy-pediatrów, pielęgniarek/położnych i kadry kierowniczej placówek obejmujących opieką dzieci od poczęcia do 7. roku życia.

## Zakończenie

Nie jest możliwe określenie diagnozy i terapii logopedycznej oraz działań profilaktycznych w oderwaniu od ustalenia i wyjaśnienia istoty problemu z punktu widzenia nauk medycznych i biologicznych, koncepcji psychologicznych, teorii lingwistycznych czy pedagogicznych oraz wspomaganie wypracowanego przez nauki techniczne, prawne, ekonomiczne. Interdyscyplinarny i wielopoziomowy charakter interwencji logopedycznej spowodował, że w Polsce nie stworzono jednolitego i zintegrowanego systemu opieki w tym zakresie na pograniczu trzech resortów: zdrowia, edukacji oraz kultury i sztuki, zarówno w zakresie globalnym, jak i terytorialnym, a problemy ekonomiczne utrudniają realizację modelowych ustaleń uznanych autorytetów.

## Bibliografia

- Aleksandrowicz J. (1987), *Nie ma nieuleczalnie chorych*, Wydawnictwo Łódzkie, Łódź
- Callo Ch. (2006), *Modele wychowania*, [w:] *Pedagogika*, t. 1: *Podstawy nauk o wychowaniu*, red. B. Śliwerski, Gdańskie Wydawnictwo Pedagogiczne, Gdańsk
- Dykciak W. (2006), *Otwartość pedagogiki specjalnej*, [w:] *Pomiędzy teorią a praktyką. Dyskursy pedagogiki specjalnej 5*, red. Cz. Kosakowski, A. Krause, S. Przybyliński, Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, Olsztyn
- Głodkowska J. (2009), *W trosce o przestrzeń rehabilitacyjną wobec osób z upośledzeniem umysłowym – czy „zuchwale rzemiosło” pedagogiki specjalnej?*, [w:] *Pedagogika specjalna. Różne poszukiwa-*

- nia – wspólna misja. Pamięci Profesora Jana Pańczyka, Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej im. M. Grzegorzewskiej, Warszawa
- Gunia G. (2006), *Terapia logopedyczna dzieci z zaburzeniami słuchu i mowy. Wybrane problemy teorii i praktyki surdologopedycznej*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków
- Gunia G. (2010), *Subiektywny obraz zdrowia oraz zachowań zdrowotnych uczniów z wadą słuchu*, „Prace Monograficzne” nr 553, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego im. Komisji Edukacji Narodowej, Kraków
- Gunia G., Lechta V. (2009), *Ewolucja poglądów na temat logopedycznej interwencji a rozwój subdyscyplin pedagogiki specjalnej*, [w:] *Relacje i doświadczenia społeczne osób z niepełnosprawnością. Dyskursy pedagogiki specjalnej*, red. C. Kosakowski, A. Krause, M. Wójcik, Wydawnictwo Edukacyjne „Akapit” s.c. Toruń–Olsztyn
- Grohnfeldt M. i in. (1989), *Grundlagen der Sprachtherapie. Handbuch der Sprachtherapie*, Bd 1, Marhold, Berlin
- Kaczmarek L. (1991), *Model opieki logopedycznej w Polsce*, Gdański Związek Logopedów, Gdańsk
- Kosakowski C. (2003), *Węzłowe problemy pedagogiki specjalnej*, Wydawnictwo Edukacyjne „Akapit”, Toruń
- Krause A. (2009), *Ku „nowej” pedagogice (specjalnej)*, [w:] *Pedagogika specjalna – koncepcje i rzeczywistość. Wielowymiarowość edukacji i rehabilitacji osób z niepełnosprawnością*, t. 4, red. T. Żółkowska, I. Ramik-Mażewska, Zapol, Szczecin
- Lechta V. (2009), *Metody, techniki i zasady terapii logopedycznej*, [w:] *Teoretyczne i praktyczne aspekty terapii pedagogicznej osób z niepełnosprawnością*, red. B. Oszustowicz, V. Lechta, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego, Kraków
- Lechta V. (2010), *NKS jako pedagogiczny fenomen*, [w:] *Zakłady inkluzji pedagogiki*, red. V. Lechta, Portal, s.r.o., Praha
- Obrębowski A., Pruszewicz A. (1999), *Współpraca foniatry i logopedy w diagnozowaniu i rehabilitacji zaburzeń procesu komunikatywnego*, „Logopedia”, nr 26, s. 123–128
- Rządзка M., Rządзка J. (1996), *Program profilaktyki zaburzeń mowy w przedszkolach*, [w:] *Profilaktyka logopedyczna szansą dla dziecka i logopedy*. Materiały pokonferencyjne, Wydawnictwo DiG, Warszawa
- Słodownik-Rycaj E. (2007), *System opieki logopedycznej w Polsce i Anglii*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa.
- Stecko E. (1998), *Czynności przygotowujące niemowlęcy narząd artykulacyjny do podjęcia funkcji mowy*, [w:] *Opieka logopedyczna od poczęcia*, red. B. Rocławski, Glottispol, Gdańsk
- Stopnicka-Stolarska P. (1996), *Logopeda na oddziale położniczo-noworodkowym*, [w:] *Profilaktyka logopedyczna szansą dla dziecka i logopedy*. Materiały pokonferencyjne, Wydawnictwo DiG, Warszawa
- Sztobryn S. (2006), *Historia wychowania*, [w:] *Pedagogika*, t. 1: *Podstawy nauk o wychowaniu*, red. B. Śliwerski, Gdańskie Wydawnictwo Pedagogiczne, Gdańsk
- Śliwerski B. (2006), *Wprowadzenie do pedagogiki*, [w:] *Pedagogika*, t. 1: *Podstawy nauk o wychowaniu*, red. B. Śliwerski, Gdańskie Wydawnictwo Pedagogiczne, Gdańsk
- Woynarowska B. (red.) (2000), *Zdrowie i szkoła*, PZWL, Warszawa



**Directions of the Speech Therapy Care toward Persons  
with Impaired Communication Skills  
(Summary)**

The article presents theoretical assumptions and practical solutions of the speech therapy intervention from the perspective of different scientific disciplines (medical and humanistic) which subject of research are communicative human competences at the level of prevention, diagnosis and therapy. Models which assist speech development and speech therapy intervention were discussed, as well as, practical activities in this area on three levels, addressed to parents, newborns, infants, children up to 6/7 year of life.

The conclusion states that Poland has not created a unified and integrated system of speech therapy care between three departments: health, education and art and culture, and economic difficulties hinder the realization of model conclusions of recognized experts.