

DANUTA PLUTA-WOJCIECHOWSKA

Uniwersytet Śląski w Katowicach
Zakład Socjolingwistyki i Społecznych Praktyk Komunikowania

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-0425-6006>

Terapia tradycyjna a terapia strategiczna dyslalii obwodowej

Traditional Therapy and Strategic Therapy for Peripheral Dyslalia

STRESZCZENIE

Autorka przedstawia propozycję typologii metod terapii dyslalii, biorąc pod uwagę różne kryteria. Swoistym tłem dla podjętych rozważań jest formuła Evidence-Based Practice (w wolnym tłumaczeniu „praktyka oparta na dowodach”). W takim kontekście autorka porównuje metody terapii tradycyjnej i terapii strategicznej. Analizy pokazują, że są to dwa odmienne modele terapii, chociaż można odnaleźć pewne wspólne wątki, np. pracę nad automatyzacją ćwiczonej głoski w mowie codziennej pacjenta. Warto zaznaczyć, że terapię strategiczną autorka utożsamia ze *Strategiczną metodą usprawniania realizacji fonemów* SMURF.

Słowa kluczowe: terapia zaburzeń artykulacji, terapia wad wymowy, terapia logopedyczna, terapia tradycyjna zaburzeń artykulacji, terapia strategiczna zaburzeń artykulacji.

SUMMARY

The author proposes a typology of methods for treating dyslalia, taking into account various criteria. The Evidence-Based Practice formula (loosely translated as „evidence-based practice”) is a specific background for the considerations. In this context, the author compares the methods of traditional therapy and strategic therapy. The analyzes show that these are two different models of therapy, although some common threads can be found, e.g. work on the automation of the practiced sound in the patient’s everyday speech. It is worth noting that the author identifies the strategic therapy with the Strategic method of improving the implementation of SMURF phonemes.

Key words: articulation disorders therapy, speech impairment therapy, speech therapy, traditional therapy for articulation disorders, strategic therapy for articulation disorders.

1. WPROWADZENIE

Zaburzenia realizacji fonemów, w szczególności o etiologii obwodowej – jak należy przypuszczać na podstawie dostępnych danych czy doświadczeń praktycznych – są najczęstszymi dysfunkcjami mowy, z jakimi ma do czynienia logopeda w swojej praktyce. Występują one w formie izolowanej, ale także mogą współwystępować z innymi zaburzeniami, takimi jak autyzm, jąkanie, opóźniony rozwój mowy o różnej etiologii, tworząc unikalny zestaw objawów i przyczyn zaburzeń. Można nazwać je zaburzeniami wielopłaszczyznowymi (Pluta-Wojciechowska 2019).

Nie jest moim zamiarem propagowanie tezy, że najważniejsza jest artykulacja w przypadku dzieci jękających się czy z autyzmem lub opóźnionym rozwojem mowy. W każdym wypadku logopeda podczas projektowania terapii waży, co jest ważniejsze: rozwój kompetencji czy rozwój sprawności. Jednak należy w pewnym momencie – podczas diagnozy czy też na początku terapii lub też w toku jej trwania – odpowiedzieć sobie na pytanie, czy i w jakim zakresie anomalie obwodowe narządów mowy, czy też dysfunkcje czynności prymarnych implikują efektywność terapii. Decyzje, które musi podjąć logopeda, odpowiadając na to pytanie, nie są łatwe. Są jednak konieczne, aby dziecko otrzymało najlepszą pomoc, a terapia była dopasowana do jego możliwości.

Od początku swojej działalności diagnostyczno-terapeutycznej i naukowej dostrzegałam potrzebę uporządkowania metod diagnozy logopedycznej, ale także sposobów terapii. Uważam bowiem, że klasyfikacja zjawisk rzeczywistości, także zjawisk świata logopedycznego, jest strategią poznawczą, która pozwala na lepsze zrozumienie, analizę i wyjaśnienie różnych okoliczności, sytuacji, przypadków, a także trudności, z jakimi mamy do czynienia podczas diagnozy i terapii zaburzeń mowy. Efektem prowadzonych badań niezwyklej materii logopedycznej jest np. paradygmat diagnozy i terapii osób z rozszczepem wargi i podniebienia, a także *Strategiczna metoda usprawniania realizacji fonemów SMURF* i związana z nią *Fizjologiczna terapia miodfunkcjonalna FTM*, która jest jedną z możliwych wersji terapii miodfunkcjonalnej znanej z ortodoncji (Pluta-Wojciechowska 2017).

Komentując zastosowane analizy, jakie przyjmują badacze różnych zaburzeń, należy zauważyć, że poznanie zjawisk logopedycznych wiąże się nie tylko z precyzowaniem znaczeń różnych terminów, ale również ze stosowaniem ich kategoryzacji. Nie jest to dziwne, gdyż poznawanie świata od setek lat obligatoryjnie wiąże się z klasyfikacją. Znajdujemy to w klasycznej kategoryzacji świata, jaką opracował Arystoteles (zob. omówienie Taylor 2001; Kleiber 2003; Lafoff, Johnson 1988) czy też w prototypowej organizacji kategorii w ujęciu E. Rosch (1977, 1978, 1981). Nie jest jednak moim celem opisywanie różnych sposobów

analizy rzeczywistości, gdyż czytelnik łatwo się z nimi może zapoznać, czytając różne opracowania na ten temat.

Wskazanie na klasyfikowanie zjawisk jako strategii poznawania świata ma na celu podkreślenie, że ten sposób analizy przyczynia się do lepszego rozumienia różnych zjawisk, także dotyczących logopedii. Przyjęte kryterium kategoryzacji tworzy bowiem oryginalny sposób oglądania danych wydarzeń, gdyż zostają oświetlone pewne – ważne dla badacza cechy – a inne pozostają w cieniu. Z tej strategii poznawczej chcę skorzystać, aby pokazać różne sposoby terapii dyslalii, które są obecne w polskiej i światowej logopedii. Z pewnością przygotowana analiza może być uzupełniana.

2. O DOBORZE METOD TERAPII

Po diagnozie logopedycznej, często najpierw o charakterze wstępnym, logopeda obmyśla, w jaki sposób można zlikwidować zaburzenia mowy lub obniżyć ich intensywność. Oznacza to, że planuje, programuje, organizuje terapię, a innymi słowy: dobiera metody terapii. To ważny etap postępowania, gdyż od niego zależy efektywność podejmowanych środków pomocowych. Dobór metod terapii osoby z zaburzeniami mowy, w tym z dyslalią, obligatoryjnie wiąże się i wynika z diagnozy, która – w myśl współczesnej wiedzy – powinna mieć charakter objawowo-przyczynowy. Pamiętajmy jednak, że ten etap zależy od stanu współczesnej wiedzy na temat człowieka, jego organizmu, znajomości czynników implikujących rozwój kompetencji i sprawności językowych.

Tłem rozważań dla wyboru metod terapii powinny być również wytyczne, jakie odnajdujemy na stronie American Speech-Language Hearing Association w odniesieniu do Evidence-Based Practice (EBP), czyli tzw. praktyki opartej na dowodach (ASHA – American Speech-Language Hearing Association: www.asha.org/Research/EBP/Evidence-Based-Practice). Ta formuła nie jest jednak jednoznacznie rozumiana przez badaczy, o czym świadczą chociażby opinie zawarte w *Dyskusji po dyskusji na konferencji w Chorzowie, czyli o niektórych problemach logopedii w Polsce* (Ostapiuk, Pluta-Wojciechowska, Grabias, Woźniak 2018). Niemniej warto przyjrzeć się, jakie determinanty należy brać pod uwagę – w opinii ASHA – projektując terapię dla konkretnego pacjenta z zaburzeniami mowy. Zgodnie z EBP należy uwzględnić: 1) wyniki diagnozy, 2) wyniki badań naukowych odnoszących się do metod terapii stwierdzonego zaburzenia, a także 3) wartości, potrzeby i oczekiwania pacjenta (www.asha.org/Research/EBP/Evidence-Based-Practice).

Jeśli przyjąć wskazówki ASHA – a wydają się logiczne i trudno się z nimi nie zgodzić – to sądzę, że logopeda korzystający z przywołanych wytycznych, spełnia niezwykle ważną rolę w postępowaniu logopedycznym. Staje się bowiem

pośrednikiem między pacjentem z zaburzeniami mowy a dostępnymi danymi na temat metod terapii zaburzenia, które wykrył u pacjenta. Ten moment – pomiędzy diagnozą a terapią – jest jednym z kluczowych dla efektywności podejmowanych działań związanych z likwidacją zaburzeń mowy lub obniżaniem poziomu ich intensywności. Logopeda podejmuje ważną decyzję związaną z rodzajem terapii, jaką podejmie w przypadku tego, a nie innego pacjenta. Aby mógł dobrze wypełnić rolę swoistego pomostu pomiędzy wynikami diagnozy zaburzeń mowy konkretnego pacjenta a metodami terapii – co istotne – sprawdzonymi w badaniach naukowych, specjalista powinien posiadać pewne kompetencje i sprawności. Z jednej strony powinien umieć przeprowadzić diagnozę objawowo-przyczynową¹, z drugiej zaś znać katalog różnych metod terapii sprawdzonych w badaniach naukowych, z których wybierze najlepszą metodę / najlepsze metody terapii dla tego, a nie innego pacjenta.

Czy polska i światowa logopedia jest do takich procedur przygotowana? Postulat ASHA na temat EBP wydaje się logiczny i korzystny dla pacjenta. Czy jednak posiadamy – w Polsce i w Europie – wystarczającą liczbę badań, które sprawdziły efektywność poszczególnych metod terapii? Czy sposoby terapii nie sprawdzonych w badaniach należy wyłączyć z katalogu metod, z jakiego może korzystać logopeda? Trudno odpowiedzieć w sposób wyczerpujący na wszystkie zadane pytania (zob. analizy na ten temat Pluta-Wojciechowska 2019).

Myślę, że wielkim szprymierzeńcem logopedy w podejmowaniu decyzji terapeutycznych jest znajomość aktualnej wiedzy na temat zaburzeń mowy, w tym dyslalii – o niej mowa w niniejszym opracowaniu. Stale aktualizowana wiedza w trakcie własnego doskonalenia – oprócz umiejętności diagnozy objawowo-przyczynowej – jest kluczem w rozstrzygnięciach dotyczących doboru metod pomocy dla pacjenta. Jednakże najnowsze badania dyslalii, w szczególności o etiologii obwodowej w aspekcie diagnozy i terapii, nie są znane wszystkim logopedom. Ma to związek – jak sądzę – między innymi z niewystarczającym kształceniem logopedycznym². Będzie o tym mowa w jednym z kolejnych punktów.

3. DWA UJĘCIA DYSLALII W POLSKIEJ LOGOPEDII

Biorąc pod uwagę polską logopedię, należy przypomnieć, że dyslalia może być ujmowana dwojako. Pierwsza perspektywa nazywana jest tradycyjną i wią-

¹ Niestety – jak wynika z kontaktów z logopedami z różnych miejsc Polski – nie wszyscy specjaliści potrafią przeprowadzić diagnozę objawowo-przyczynową wad wymowy, co ma związek z różnym kształceniem logopedycznym. Pisałam o tym w artykule *Orofacjologopedia* („Logopedia” 2019, 48–1, 137–157).

² Interesujące badania na temat kształcenia w zakresie dyslalii w Polsce prowadzi Paulina Krzeszewska.

że się z Józefem T. Kanią (1967, 1968, 1975) – autorem interpretacji wad wymowy wykorzystującym podział na substytucje i deformacje (przy wskazaniu też elizji). W tym ujęciu wykorzystuje się słuchową ocenę wymowy lub preferencję tego sposobu badania, a także terminy typu dyslalia jednoraka, dyslalia wieloraka, seplenienie, reranie, kapacyzm, lelanie itp. Przedstawicielami stanowiska tradycyjnego oprócz J.T. Kani są: Irena Styczek (1981), Hanna Rodak (2001), Genevęfa Demel (1978), Anna Sołtys-Chmielowicz (2008), Joanna Stasiak (2015)³, a także cała rzesza niewymienionych osób. W wielu poradnikach i innych opracowaniach autorzy powielają wcześniej ustalone paradygmaty, które rodziły się kilkadziesiąt lat temu, w ubiegłym wieku.

Z diagnozą wymowy opartą na ocenie słuchowej wiąże się terapia tradycyjna, oparta na intuicji, doświadczeniu badaczy. Ten typ terapii uwzględnia m.in. trzy etapy pracy – przygotowanie narządów mowy do wywołania głoski, wywołanie głoski, jej automatyzację. Będzie o tym jeszcze bliżej mowa w jednym z kolejnych punktów opracowania. Warto jednak podkreślić, że opisywane metody terapii tradycyjnej nie zostały sprawdzone w badaniach naukowych, co zdumiewa i napawa troską.

Drugie ujęcie dyslalii nazywam „nowym”, dla odróżnienia od ujęcia tradycyjnego (Pluta-Wojciechowska 2019b, 137–157). Jego inaugurację wiąże z publikacją Barbary Ostapiuk z 1997 r. Można zadać pytanie: czy przymiotnik „nowy” jest tu uzasadniony w obliczu dwu faktów: 1. nowe ujęcie dyslalii jest obecne w polskiej logopedii od około 23 lat, 2. znaczna liczba kolejnych badań i analiz prowadzonych jest w nowym ujęciu (np. Ostapiuk 1997, 2002, 2013a, 2013b; Konopska 2006, 2015; Pluta-Wojciechowska 2006, 2010, 2011, 2013, 2017, 2019a; Stecewicz, Halczy-Kowalik 2015, 687–725; Sambor 2015, 2017; Malicka 2014, 2019; Trzaskalik 2016, 2017).

B. Ostapiuk (1997, 2002, 2013a, b) przestawiła odmienny, a oparty na naukowych podstawach wynikających z lingwistyki model diagnozy wymowy. Uwzględnia on relację głoski do fonemu, nazwy nienormatywnych cech fonetycznych poszczególnych głosek, a nie określenia typu lelanie, kekanie, seplenienie czy dyslalia wieloraka. Istotna jest także słuchowo-wzrokowa ocena wymowy, jaką proponuje autorka. W myśl współczesnej wiedzy dostarcza ona innej, znacznie bogatszej wiedzy o wymowie niż metoda słuchowej oceny wymowy.

Kolejni badacze prowadzą badania z uwzględnieniem metody słuchowo-wzrokowej oraz rozwijają koncepcję autorki, np. sama opracowałam słucho-

³ Zob. publikację J. Stasiak na temat postępowania w przypadku dyslalii (2015), w którym autorka pomija omówienie różnic pomiędzy tradycyjnym a nowym ujęciem dyslalii, uznając że perspektywa J.T.Kani jest najpopularniejsza. Co jednak ciekawe, w tej samej ważnej monografii znajdują się jednocześnie publikacje o dyslalii napisane w nowym ujęciu. Niedoświadczony logopeda czy student nie jest w stanie rozwikłać, jaki jest faktyczny stan wiedzy o dyslalii w Polsce. Zob. analizy tej sytuacji Pluta-Wojciechowska (2019b, 137–157).

wo-wzrokowo-czuciowo-eksperymentalną ocenę wymowy, która jest egzemplifikacją analityczno-fonetycznego podejścia do oceny artykulacji. Badanie realizacji fonemów prowadzone na takiej bazie stwarza dobre podwaliny do pytań o etiologię zaburzeń. Powstaje zatem inny rodzaj diagnozy niż w przypadku ujęcia tradycyjnego. Konsekwencją nowego ujęcia jest odmienna od tradycyjnej terapia wad wymowy, gdyż opiera się na innej, pełniejszej diagnozie niż w przypadku diagnozy tradycyjnej. Taką interwencję można nazwać terapią typu objawowo-przyczynowego. Nowe ujęcie dyslalii jest obecne w wielu badaniach naukowych dotyczących diagnozy wad wymowy (Konopska 2006, 2015; Pluta-Wojciechowska 2002, 2010, 2011, 2013, 2019a; Stecewicz i Halczy-Kowalik 2015; Sambor 2015, 2017; Malicka 2014, 2019; Trzaskalik 2016, 2017), ale także efektywności terapii logopedycznej za pomocą SMURF (Pluta-Wojciechowska 2019a).

4. KRYTERIA WYRÓŻNIENIA RÓŻNYCH TYPÓW TERAPII DYSLALII

Badacze próbują uporządkować obszar logopedii związany z terapią wad wymowy. Znajduje to wyraz w propozycji różnych kategoryzacji tego typu działań, z wykorzystaniem rozmaitych kryteriów. Mogą nimi być: relacja do diagnozy, obszar oddziaływań, sposób i podejście do prowadzenia terapii (Pluta-Wojciechowska 2017, 2019a, 2020). Ze względu na pierwsze kryterium można wyróżnić: terapię objawową, terapię przyczynową i terapię objawowo-przyczynową. Pierwsza z nich polega na likwidowaniu objawu wadliwej wymowy przy braku działań dotyczących likwidowania przyczyn zaburzeń lub przynajmniej obniżenia intensywności działania czynników patogennych. Ze względu na obszar oddziaływań można wyróżnić – w ślad za badaczami zagranicznymi (np. Brumbaugh, Smit 2013; Gúthová, Šebianová 2002) – terapię tradycyjną, terapię fonologiczną oraz terapię kompleksową. Z kolei biorąc pod uwagę sposób i podejście do prowadzenia terapii, można wydzielić terapię tradycyjną i terapię strategiczną.

Ze względu na temat podjęty w niniejszym opracowaniu w szczególności sposób oświetlam cechy terapii tradycyjnej oraz terapii strategicznej, odsyłając zainteresowanych czytelników do innych opracowań, które analizują wymienione typy terapii dyslalii (np. Brumbaugh, Smit 2013; Gúthová, Šebianová 2002; Pluta-Wojciechowska 2019, 2020).

5. TRADYCYJNA TERAPIA DYSLALII

W polskich i zagranicznych publikacjach dotyczących zaburzeń artykulacji funkcjonuje termin *terapia tradycyjna* dla określenia pewnego typu interwen-

cji związanej z likwidacją wad wymowy. Sięgając do historii, należy koniecznie przywołać Charlesa van Riper i Johna V. Irwina (1970), którzy są uznawani – w szczególności Ch. Van Riper – za autorów tego typu interwencji, obecnie nazywanej tradycyjną. Przyjrzyjmy się, jakie są jej cechy.

Przedmiotem terapii jest likwidacja wadliwej wymowy. Logopeda pracuje nad jedną głoską, ćwiczy ją w nagłosie, wygłosie i śródgłosie sylab, wyrazów, wprowadza ją w różne struktury, a następnie przystępuje do wywołania kolejnej głoski i powtarza cykl terapii. Terapia zaburzeń artykulacji obejmuje zatem pracę nad pojedynczym dźwiękiem zgodnie ze ścieżką: od wiedzy na temat tego, jak wymawiać głoskę poprzez jej wymawianie w sylabach, wyrazach i wyrażeniach, wprowadzanie w coraz większe i bardziej skomplikowane jednostki, do jej używania w mowie codziennej (Brumbaugh, Smit 2013; Gúthová, Šebianová 2002). Adriana Peña-Brooks i Mahabalagiri N. Hedge (2007) podobny typ interwencji opisują jako kompozycję pięciu faz (trening sensoryczno-percepcyjny, trening realizacji dźwięku, trening stabilizacji dźwięku, trening transferu i przeniesienia wypracowanych umiejętności (uogólnienie), utrzymanie wyuczonych zachowań). W polskich publikacjach logopedycznych ten sposób pracy jest zalecany w większości opracowań. Charakterystyczną cechą pracy w tym ujęciu jest etapowa praca nad pojedynczym dźwiękiem mowy i uwzględnianie rozwojowej sekwencji terapii głosek. K.M. Brumbaugh i A.B. Smit (2013) podkreślają, że chociaż behawioralna modyfikacja zachowań werbalnych nie była częścią interwencji tradycyjnej przedstawionej przez Ch. van Riper i współpracowników, to jednak techniki te z czasem zaczęły być wiązane z tradycyjną terapią zaburzeń artykulacji.

Z terapią tradycyjną wiąże się także porządek określony trzema (lub czasem czterema) fazami pracy: przygotowanie narządów mowy do nauki głoski, wywołanie głoski, jej automatyzacja (Antos, Demel, Styczek 1971; Demel 1978; Groszman 1976; Jastrzębowska, Pelc-Pękala 1999; Łyżyczka 1978; Michalak-Widera 2007, 2012; Skorek 2009; Sołtys-Chmielowicz 2005, 2008). Sama również byłam kształcona w takim duchu kilkadziesiąt lat temu – znalazło to wyraz w niektórych moich wcześniejszych publikacjach. Zgodnie z tym schematem pracy należy najpierw usprawnić narządy mowy, aby nauczyć pacjenta głoski. Potem należy ją wywołać, a dalej wprowadzić do różnych struktur: sylab otwartych, sylab zamkniętych, śródgłosu, większych jednostek, a następnie do mowy potocznej pacjenta.

Wątpliwości budzi pierwszy etap terapii „przygotowanie narządów mowy do wywołania głoski”. Kluczowe są pytania: do jakiej głoski należy przygotować narządy mowy?, w jaki sposób przygotowywać narządy mowy do wywołania głoski?, czy należy ćwiczyć wszystkie narządy mowy i jak długo to robić? Można też zapytać tak: a może w przypadku niektórych osób w ogóle nie trzeba ćwiczyć

narządów mowy i od razu wywoływać głoskę? Do takiego pytania upoważniają wyniki badań skuteczności terapii dyslalii, jakie prowadziłam (Wojciechowska 2018, 2019a).

Zdarza się, że logopedzi bez względu na pacjenta i jego wadę wymowy ćwiczą wszystkie narządy mowy, zalecając tzw. zestawiki startowe, (to dobre określenie odzwierciedlające istotę podejmowanych działań, a użyte przez Barbarę Ostapiuk). Ćwiczą nawet takie umiejętności, które pacjent wykonuje szybko i sprawnie, np. dmuchanie, zaokrąglanie warg. Niektóre ćwiczenia budzą zdumienie, jak na przykład wznoszenie języka w kierunku lub nawet do nosa – różny opis ćwiczenia w zależności od autora (zob. np. Michalak-Widera 2006; Sachajska 1981, 84; Skorek 2009, 38; 2010, 32). W świetle potrzeb artykulacyjnych polskich głosek zdumienie budzą też inne zadania, np. układanie języka w rulonik, a także – w kontekście danych dotyczących fizjologii stawu skroniowo-żuchwowego (*Ortodonacja II, 2000*; Proffit, Fields 2001, patrz też Sambor 2015b) – ćwiczenia opisane w sposób następujący: „[...] wysuwanie żuchwy do skrajnej pozycji przedniej przy otwartych ustach i powrót do pozycji spoczynkowej; [...] przesuwanie żuchwy ze skrajnego położenia lewego do prawego bez zaznaczania pozycji środkowej” (Skorek 2009, 39, 44) czy „żucie języka” (Skorek 2010, 63) lub ćwiczenie nazywane „koci grzbiet” (Michalak-Widera 2007, 31). Obszerna analiza na ten temat została przedstawiona w innej publikacji (Pluta-Wojciechowska 2011, 2013, 2019a, 2020, Pluta-Wojciechowska, Sambor 2017).

Nieartykulacyjne ćwiczenia narządów mowy (NĆNM), które zostały przykładowo wymienione powyżej, są przedmiotem krytyki także w literaturze anglojęzycznej, gdzie zwraca się uwagę na dwie kwestie. Pierwsza dotyczy odmienności ścieżek neuronalnych biorących udział podczas NĆNM i podczas artykulacji (Bunton 2008). Kolejna sprawa wiąże się z brakiem badań potwierdzających skuteczność NĆNM (Brackenbury, Burroughs, Hewitt 2008). Do tych analiz należy dodać opracowanie polskich badaczek dotyczące rodzaju zaangażowanych mięśni biorących udział w NĆNM oraz podczas czynności prymarnych i artykulacji (Pluta-Wojciechowska, Sambor 2018).

Jako badacz i praktyk nie mogę pominąć także innej ważnej sprawy. Wiąże się ona z koniecznością zachowania metodycznej ciągłości postępowania podczas prowadzenia terapii. Aby przybliżyć ten problem, warto sięgnąć do diagnozy objawowo-przyczynowej, która określa mechanizm zaburzeń. Jednym z obszarów analizowanych podczas rozpoznania jest rodzaj ruchów języka konstytuujących głoski wadliwe oraz rodzaj ruchów języka, których pacjent nie potrafi wykonać. Do tej analizy dodajmy kolejny wątek: wywołanie głoski wiąże się z przyjęciem przez narządy mowy, także przez język potrzebnej, a zgodnej z normą, pozycji. Logika podpowiada, że nie jest obojętne, jakie ćwiczenia języka będą wykonywane na wstępie terapii. Z jednej strony należy uwzględnić wyni-

ki diagnozy, z drugiej zaś potrzeby artykulacyjne wywoływanej głoski. Analizując NĆNM i potrzeby artykulacyjne polskich głosek, trudno odnaleźć uzasadnienie dla większości proponowanych przez wielu autorów ćwiczeń języka. Oznacza to brak metodycznej ciągłości postępowania, którego jeden biegun wyznaczony jest przez diagnozę objawowo-przyczynową, a drugi kolejnymi fazami terapii logopedycznej.

Pytania rodzą się też w związku z kolejnym etapem. Na temat wywoływania głosek krąży wiele opinii, a mianowicie, że głoskę należy najpierw wywoływać w izolacji, potem w nagłosie sylab itd. (np. Demel 1978; Styczek 1981; Jastrzębowska, Pelc-Pękala 1999; Michalak-Widera 2007, 2012; Skorek 2009) lub że z szeregu głosek dentalizowanych dźwiękowych najpierw należy wywołać głoskę [sz]. W jednej z publikacji czytamy: „Nie wolno [...] odbiegać od reguł metodycznych, a zwłaszcza wskazanej kolejności postępowania w obrębie każdej głoski, szeregu lub grupy” (Demel 1978, 50). Inni z kolei wskazują, że głoskę należy wywoływać wyłącznie w sylabie. To dwa nie tylko różne, ale wręcz sprzeczne poglądy. Przywołane opinie na temat ram wywoływanych głosek (czyli otoczenia fonetycznego lub jego braku) dziwią w kontekście znanej zasady pracy, która brzmi: **metodę terapii dopasowujemy do pacjenta, a nie pacjenta do metody**. Dopasowanie metody do pacjenta oznacza, że logopeda uwzględnia charakterystyczne cechy objawu zaburzeń mowy, ich przyczyn, patomechanizm i inne cechy rozwoju psychomotorycznego, jak również trudności obserwowane podczas pracy z pacjentem. Jeśli każda osoba będzie poddana identycznej terapii ze względu na sposób ćwiczenia narządów mowy, ramę wywoływania głoski, kolejność terapii głosek, to oznacza, że metoda pracy nie została dopasowana do indywidualnych możliwości pacjenta. Wręcz odwrotnie, pacjent został „wtłoczony” w ramy danej metody. Poszukiwanie publikacji dotyczących efektywności terapii tradycyjnej napawa przede wszystkim zdumieniem, gdyż w Polsce brak badań, które dotyczyłyby skuteczności metod interwencji tradycyjnej propagowanej przez różnych autorów. Aż trudno uwierzyć, że opisywane od kilkudziesięciu lat różnorodne metody – omówione przykładowo powyżej – nie zostały sprawdzone w badaniach. Są one powielane przez coraz to nowych autorów. Metody te są/bywają ordynowane w taki sam lub podobny sposób – np. NĆNM – bez względu na objawy i przyczyny zaburzeń⁴.

Aby być w zgodzie z prawdą, należy zauważyć, że terapia tradycyjna może mieć różne oblicza, co ma związek z doświadczeniem i osobowością logopedy, który posługuje się tym typem interwencji. Jeśli będzie analizował swoje poraż-

⁴ Badania efektywności terapii w przypadku ankyloglosji prowadziła B. Ostapiuk (2013), a badania efektywności terapii z zastosowaniem trenera M. Łuszczuk (2012). Opracowania autorek uwzględniają ważne, ale wybrane aspekty terapii, co wynika z podjętego problemu badawczego. Zob. metodologię badań efektywności SMURF (Pluta-Wojciechowska 2019a).

ki terapeutyczne, poszukiwał ich przyczyn w sobie czy stosowanej metodzie pracy, to ma szansę oderwać się od przymusu stosowania danej metody, np. wywołanie głoski w izolacji, i poszukiwać innego skutecznego sposobu pracy. Nie bez znaczenia jest zatem wolny, otwarty i kreatywny umysł, który nie jest zniewolony daną metodą.

6. TERAPIA STRATEGICZNA

Wyodrębnienie terapii strategicznej ma związek z kryterium, które określiłam w jednym z wcześniejszych punktów następująco: sposób i podejście do prowadzenia terapii. Zgodnie z tym ujęciem można wyróżnić terapię tradycyjną i terapię strategiczną (Pluta-Wojciechowska 2019a).

Pisząc „sposób i podejście do prowadzenia terapii”, mam na myśli ogólny stosunek do działań pomocowych czy – mówiąc metaforycznie – pewną „filozofię terapii”. Wiąże się ona z **respektowaniem wyników diagnozy**, a co za tym idzie **uwzględnianiem metodycznej ciągłości postępowania** wynikającej ze związków terapii z diagnozą. Mam na myśli celowość podejmowanych działań w stosunku do konkretnego pacjenta – charakterystycznych dla niego zestawu objawów i przyczyn zaburzeń wymowy. Innymi słowy, chodzi o to, w jaki sposób logopeda będzie uwzględniał podczas terapii wyniki diagnozy, także trudności pacjenta, które mogą się ujawnić w sposób szczegółowy podczas np. wywoływania głoski (np. nadmiernie napięty apeks przy wzniesionym języku). Mówiąc jeszcze inaczej, chodzi o to, czy każdy pacjent będzie poddany takiej samej terapii, czy będzie uwzględniał taką samą sekwencję terapii głosek, czy z wszystkimi będzie wywoływał głoskę w jednej ramie – tylko w izolacji czy też tylko w sylabie.

Logopeda podejmujący terapię strategiczną, zachowuje się jak generał, który planuje, jak wygrać wojnę. Aby osiągnąć sukces, musi najpierw być zwycięzcą poszczególnych bitew. Suma pojedynczych zwycięstw rodzi wygraną wojnę. Nie ma zatem innego wyjścia – musi myśleć strategicznie.

Przykładem terapii strategicznej jest opisana w 2017 r., a sprawdzona w badaniach w roku 2019 *Strategiczna metoda usprawniania realizacji fonemów SMURF* (Pluta-Wojciechowska 2017, 2019a). Stąd w niniejszym opracowaniu nie prezentuję szczegółowo metod i strategii proponowanej terapii. Zaznaczę jedynie, że SMURF zawiera siedem kroków postępowania, a każdy z nich jest określony metodą terapii. Z kolei dana metoda obejmuje kilka strategii. Łącznie SMURF zawiera 31 strategii umożliwiających dopasowanie pomocy do danego pacjenta. Oznacza to, że kolejny etap pracy – związany z daną metodą – może być realizowany w różny sposób w zależności od pacjenta.

Jednakże nie każdy pacjent musi przechodzić przez wszystkie etapy, aby nowa głoska wystąpiła w wyrazie w zdaniu. Co więcej, jak pokazały badania, w przypadku niektórych pacjentów na jednej wizycie można wywoływać nie jedną, ale np. cztery głoski o tym samym miejscu artykulacji. A zatem terapia strategiczna jest inną metodą interwencji niż terapia tradycyjna. Zauważmy również, że SMURF jako metoda terapii dyslalii została sprawdzona w badaniach naukowych, które określiły poziom jej skuteczności u osób od 3. do 40. roku życia (Pluta-Wojciechowska 2019).

7. TERAPIA TRADYCYJNA A TERAPIA STRATEGICZNA. ANALIZA PORÓWNAWCZA

W przedstawionych analizach uwzględniłam dane na temat interwencji tradycyjnej, jakie są przedstawiane w popularnych poradnikach i innych łatwo dostępnych opracowaniach na temat dyslalii. Są one obecne od kilkudziesięciu lat w polskiej i nie tylko polskiej logopedii. Prowadzona kwerenda uwzględniająca porównanie terapii tradycyjnej i terapii strategicznej, która wiąże się z SMURF, została przeprowadzona ze względu na wybrane, a w moich oczach, istotne kryteria⁵. Wyniki analizy przedstawiam poniżej.

Tabela 1. Liczba etapów terapii

Terapia tradycyjna	Terapia strategiczna
<p>3 etapy pracy (niektórzy piszą o 4): przygotowanie narządów do wywołania głoski, wywołanie głoski, jej automatyzacja.</p> <p>Pierwszy etap często sprowadza się do zalecanych zazwyczaj wszystkim pacjentom takich samych zestawów zadań. Są to ćwiczenia typu dmuchanie, liczenie ząbków, koci grzbiet, grot, rulonik, kierowanie języka do nosa. Ćwiczenia te nie mają związku z wywoływaniem głoską, pozycją spoczynkową języka i połykaniem. Zdarza się, że ćwiczone są umiejętności niepotrzebne, np. dmuchanie na świecę czy do dziurki od klucza, w przypadku gdy dziecko świetnie dmucha.</p>	<p>7 etapów pracy oraz 31 strategii postępowania, które umożliwiają dopasowanie metody terapii do pacjenta.</p> <p>Pacjent nie musi przechodzić przez wszystkie etapy, niektóre można pomijać. Liczba strategii zostanie zwiększona w związku z wynikami prowadzonych badań skuteczności SMURF.</p>

⁵ Przedstawiona analiza opiera się na mojej publikacji (Pluta-Wojciechowska 2020).

Tabela 2. Kluczowy moment interwencji, co wiąże się z przyjęciem pewnej „filozofii terapii”

Terapia tradycyjna	Terapia strategiczna
<p>Wywołanie głoski. Kluczowym momentem jest wywołanie głoski. Analiza literatury pozwala na uwagę, że preferowaną metodą wywoływania głosek jest metoda analityczna, czyli „składania klocków” (np. ćwiczenie zaokrąglania warg, tzw. pionizacja języka – w formie np. grotu czy liczenia ząbków, dmuchanie, a następnie „składanie” tych umiejętności podczas wywoływania [sz]), a zalecaną ramą* wywoływania głoski – w izolacji.</p>	<p>Wywołanie cechy fonetycznej / cech fonetycznych. Kluczowym momentem jest wywołanie cechy fonetycznej / cech fonetycznych. Takie ujęcie zmienia podejście do wywołania głoski i wywoływania kolejnych głosek danej grupy wyodrębnionej np. ze względu na miejsce artykulacji. Wywołanie cechy fonetycznej (co owocuje oczywiście nową głoską) umożliwia dokonanie jej przeniesienia na inne głoski. Zjawisko to może być specjalnie przez logopedę prowokowane. Efektem takiego zabiegu jest możliwość wywoływania na jednej wizycie nie jednej, ale kilku głosek danej grupy wyodrębnionej np. ze względu na miejsce artykulacji. Zjawisko to nie jest jednak możliwe do sprowokowania u wszystkich badanych osób, co potwierdziły analizy.</p>

* Rama wywoływania głoski to rodzaj otoczenia fonetycznego lub jego brak podczas wywoływania głoski.

Tabela 3. Relacja terapii do systemu fonemowo-fonetycznego

Terapia tradycyjna	Terapia strategiczna
<p>Terapia fragmentaryczna, gdyż pracuje się nad jedną głoską w sekwencji: od wiedzy, jak wymówić dźwięk do wymawiania dźwięku w mowie spontanicznej (fazy: wiem, jak wymówić dźwięk, wymawianie głoski w izolacji, następnie wymawianie głoski między samogłoskami, w nagłosie wyrazu, w śródgłosie wyrazu, w wygłosie wyrazu, podczas czytania, wymawianie dźwięku w poradni).</p>	<p>Terapia systemowa, możliwa praca nad kilkoma głoskami jednocześnie, co ma związek z efektem domina i samoregulacji*, a także z podejściem do wywoływania głosek – logopeda wywołuje cechę/cechy fonetyczne, czego efektem jest oczywiście nowa głoska. Takie ujęcie zagadnienia nauki głosek zmienia podejście do tego etapu pracy i rodzi określone konsekwencje w postaci możliwości transferu wywołanej cechy fonetycznej na inne głoski (nawet podczas jednej wizyty).</p>

* „Efekt domina to wystąpienie u pacjenta pewnych zjawisk fonetycznych, np. głoski lub głosek, których pacjent nie ćwiczył wcześniej i które nie były wywołane przez logopedę, a pojawiły się u pacjenta pod wpływem likwidowania przyczyn zaburzeń lub obniżania ich intensywności, jak również pod wpływem nauki pewnych głosek, a przyjmując inną perspektywę – cech fonetycznych, np. dziąsłowości. Efekt domina wiąże się z samoregulacją. Samoregulacja (w 3. znaczeniu) defnio-

wana jest jako «zdolność regulacji własnych procesów życiowych w układzie biologicznym, umożliwiająca utrzymanie stanu równowagi; autoregulacja» (*Uniwersalny słownik języka polskiego...*). Samoregulacja w odniesieniu do zjawisk występujących podczas usprawniania realizacji fonemów może być zdefiniowana jako zdolność do wykorzystania przez pacjenta z wadą wymowy nowego potencjału ruchowego narządów mowy, np. pod wpływem przecięcia wędzidełka języka, ćwiczeń czynności prymarnych lub nauki nowej głoski – do artykułowania głosek, które nie były wywołane przez logopedę” (Pluta-Wojciechowska 2019a, 148).

Tabela 4. Relacja ćwiczeń narządów mowy do głosek polskiego systemu fonetycznego i czynności prymarnych (szczególnie oddychania i połykania)

Terapia tradycyjna	Terapia strategiczna
<p>Przypadkowe i wątpliwe nieartykulatoryjne ćwiczenia narządów mowy – NĆNM. Prowadzenie przypadkowych, a co najmniej dyskusyjnych ćwiczeń narządów mowy (NĆNM) typu grot, koci grzbiet, liczenie ząbków, rulonik, kierowanie napiętego języka do nosa, ucha, które nie korespondują ze strukturą głównych czynności prymarnych, np. pozycją spoczynkową języka i połykania, a także artykulacją głosek (zob. analizy uwzględniające najczęstszą pozycję języka podczas czynności prymarnych i artykulacji Pluta-Wojciechowska 2011a, 2011b, 2013, 2017, 2020; Sambor 2015, 2017; Pluta-Wojciechowska, Sambor 2016; por. Forrest 2002; Lof 2003, 2008, 2009; Powell 2008; Bunton 2008).</p>	<p>Celowane ćwiczenia narządów mowy – Strategiczne ćwiczenia narządów mowy (ŚĆNM). Proponowane ćwiczenia uwzględniają potrzeby czynności prymarnych i artykulacji. W terapii nie stosuje się NĆNM, o jakich była mowa powyżej. Osią ćwiczeń języka jest pozycja wertykalno-horyzontalna języka. Widać metodyczną ciągłość pomiędzy ćwiczeniami języka a kolejnymi etapami pracy, jakimi są nauka pozycji spoczynkowej języka oraz połykania i wywołanie głosek.</p>

Tabela 5. Rodzaj stosowanej sekwencji terapii głosek zalecanej przez autorów danego typu interwencji

Terapia tradycyjna	Terapia strategiczna
<p>Rozwojowa lub głoska, która jest najłatwiejsza, a także preferencja głosek szczelinowych bezdźwięcznych jako inauguracyjnych pracę nad daną grupą głosek dentalizowanych.</p>	<p>Rozwojowa i/lub terapeutyczna, dopasowana do patomechanizmu zaburzeń, uwzględnia architekturę systemu fonetycznego i powiązania między głoskami.</p>

Tabela 6. Obecność nieprzekraczalnych reguł metodycznych

Terapia tradycyjna	Terapia strategiczna
<p>Nieprzekraczalne reguły metodyczne. Opisywane metody pracy w komentarzach niektórych autorów są przedstawiane jako nieprzekraczalne (Demel 1978; Rodak 2002); opracowane kilkadziesiąt lat temu metody są stale opisywane czy kopiowane lub rozwijane w różnego rodzaju poradnikach i innych publikacjach (Michalak-Widera 2007, 2011) – niestety często bez należytej refleksji.</p> <p>Przykłady reguł metodycznych: przed wywołaniem głoski należy przygotować narządy mowy* (są to NĆNM), najpierw wywoływać głoskę w izolacji, potem w nagłosie, śródgłosie i wygłosie, z szeregu głosek dźwiękowych dentalizowanych należy wywoływać najpierw głoskę [sz], z szeregu głosek zębowych dentalizowanych należy wywoływać najpierw głoskę [s].</p> <p>Zaproponowane przez autorów metody pracy nie zostały sprawdzone w badaniach naukowych.</p>	<p>Brak nieprzekraczalnych reguł metodycznych, poza jedną: „Metodę należy dopasować do pacjenta”. Podczas pracy związanej np. z nauką pozycji wertykalno-horyzontalnej języka wykorzystuje się potencjał pacjenta (praca na zasobach), a ćwiczenia narządów mowy są podporządkowane nauce pozycji spoczynkowej języka przy oddychaniu i połykaniu oraz nauce głosek); przygotowanie narządów mowy, sekwencję terapii głosek, metodę i ramę wywoływania głoski, a także inne metody terapii dopasowuje się do tego, a nie innego pacjenta, co oznacza stosowanie różnych strategii.</p>

* Na przykład I. Michalak-Widera proponuje przeprowadzenie przed wywołaniem [sz] 12 ćwiczeń języka i 7 ćwiczeń warg wraz z grą na instrumentach (pewnie chodzi o ćwiczenia dmuchania) (Michalak-Widera 2007, 13–14). Zob. także ćwiczenia przygotowujące do wywołania [r], np. E.M. Skorek 2010.

Tabela 7. Potwierdzenie w badaniach efektywności metod danego typu terapii

Terapia tradycyjna	Terapia strategiczna
Brak	Efektywność terapii strategicznej SMURF i związanej z nią FTM została potwierdzona w badaniach naukowych (Pluta-Wojciechowska 2019a).

Zamieszczone powyżej analizy metod terapii tradycyjnej i terapii strategicznej wskazują, że są to dwa odmienne sposoby interwencji. Pierwsza różnica dotyczy liczby etapów terapii oraz liczby strategii, jakie może wykorzystywać logopeda podczas pracy z pacjentem. W terapii strategicznej logopeda ma do dyspozycji siedem etapów pracy oraz 31 strategii, które – co istotne – umożliwiają

dopasowanie sposobu pracy do pacjenta. Jednakże osoba poddana terapii strategicznej nie musi przechodzić przez wszystkie etapy, co ma związek z jej indywidualnymi możliwościami.

Szczególne różnice są widoczne w kilku wątkach, postrzeganych przez logopedów jako ważne. Terapia strategiczna opiera się na – dopasowanej do danego pacjenta i jego zaburzenia – sekwencji terapii głosek, która może mieć charakter rozwojowy i/lub terapeutyczny. W tym typie terapii logopeda nie wykonuje NĆNM, jakie są charakterystyczne dla terapii tradycyjnej (zob. krytykę tego typu ćwiczeń: Forrest 2002; Lof 2003, 2008, 2009; Powell 2008; Bunton 2008; Pluta-Wojciechowska 2011, 2013, 2017, 2019a; Sambor 2015; Pluta-Wojciechowska, Sambor 2016). Zanim rozpocznie wywoływanie głoski, sprawdza, czy pacjent posiada warunki progowe sprawności narządów mowy, które są niezbędne do wywoływania danego dźwięku mowy. Jeśli pacjent posiada takie warunki, można od razu – bez jakichkolwiek ćwiczeń narządów mowy – wywoływać głoskę. Jeśli nie, logopeda ćwiczy wyłącznie to, co jest potrzebne do wywołania wybranej przez siebie głoski.

Biorąc pod uwagę ćwiczenia języka, logopeda pracujący SMURF-em dąży do uzyskania głównie pozycji wertykalno-horyzontalnej (w-h) języka, ponieważ ten układ języka jest potrzebny do nauki pozycji spoczynkowej podczas oddychania i połykania, a także – jak pokazują analizy – warianty pozycji w-h języka odnajdujemy w 19 podstawowych spółgłoskach języka polskiego, biorąc pod uwagę system fonemowo-fonetyczny Bronisława Rocławskiego (2001), ale także ustalenia Danuty Ostaszewskiej i Jolanty Tambor (1997, 2012), Barbary Ostapiuk (1997, 2013ab). Oznacza to także, że interwencję strategiczną inauguruje terapia miofunkcjonalna, co wynika z wielofunkcyjności narządu żucia i związków czynności prymarnych z artykulacją (Hiimae, Palmer 2003; Serrurier, Badin, Barney, Boë, Savariaux 2012; Mackiewicz 2002; Pluta-Wojciechowska 2011, 2013, 2017; Sambor 2015, 2017). Nie należy jednak rozumieć sformułowania dotyczącego terapii miofunkcjonalnej w taki sposób, że najpierw przez kilka tygodni czy miesięcy logopeda normalizuje czynności pokarmowe czy oddychanie. Oznacza to jedynie tyle, że terapię inauguruje proces normalizacji czynności prymarnych, jednakże jeśli pacjent posiada warunki progowe wywoływania wybranej przez logopedę głoski – od razu można przystępować do jej nauki.

Podstawą kanwy ćwiczeń języka są też analizy głównego miejsca artykulacji podstawowych spółgłosek systemu fonemowo-fonetycznego Bronisława Rocławskiego (2001), także z uwzględnieniem danych Barbary Ostapiuk (1997, 2013a, 2013b), Danuty Ostaszewskiej i Jolanty Tambor (1997, 2012). Okazuje się, że aż 19 z 28 spółgłosek podstawowych powstaje – mając na uwadze główne miejsce artykulacji – jako wariant pozycji wertykalno-horyzontalnej języka (Pluta-Wojciechowska 2013, 2017). Stwarza to dobre podstawy do prowadzenia ćwiczeń

języka podporządkowanych nie tylko nauce pozycji spoczynkowej języka i połykania, ale także artykulacji. Odkrycie tajemnicy naturalnego programu rozwoju motoryki języka i warg oraz analizy polskiego systemu fonetycznego stały się jedną z podstaw terapii strategicznej (Pluta-Wojciechowska 2013, 2017, 2019). Znajduje to wyraz między innymi w sposobie ćwiczeń języka.

Kluczowym momentem terapii tradycyjnej jest wywoływanie głoski, a terapii strategicznej – wywoływanie cechy fonetycznej (Pluta-Wojciechowska 2012, 2017). Oczywiście, że efektem wywołania cechy fonetycznej jest nowa głoska. Takie ujęcie procedury wywoływania głoski rodzi jednak określone konsekwencje. Zwróćmy uwagę, że efektem diagnozy w nowym ujęciu jest wskazanie niepożądanego cechy fonetycznej / niepożądanych cech fonetycznych badanej głoski wadliwej. W terapii należy zatem w miejsce cechy niepożądanego wprowadzić cechę pożądaną.

Odmierna metodologiczna kanwa terapii, jaką jest wywoływanie cechy fonetycznej, rodzi dalsze konsekwencje. Przyjmując taką „filozofię wywoływania głosek” na jednej wizycie u wielu pacjentów, można wywołać nie jedną, ale kilka głosek, np. o tym samym miejscu artykulacji. W trakcie prowadzonych badań skuteczności SMUR (2019) obserwowałam u niektórych pacjentów mniej lub bardziej świadomy transfer wywołanej cechy fonetycznej na inne głoski. Takie zjawiska obserwowałam nie tylko u pacjentów dorosłych i młodzieży, ale także dzieci. Co więcej, sama takie zjawisko prowokowałam, gdyż uznałam, że jest ono korzystne z punktu widzenia efektywności terapii (więcej: Pluta-Wojciechowska 2019).

W zakończeniu tego wątku opracowania pragnę zauważyć, że skuteczność SMURF została potwierdzona w badaniach, z których relację przedstawiłam w monografii z 2019 r. To pierwsze w Polsce badania ukazujące w sposób szczegółowy, z wykorzystaniem opracowanego paradygmatu oceny, efektywność metody terapii. Zwróćmy uwagę, że wcześniej badanie skuteczności terapii – z zastosowaniem jednakże odmiennej metodologii – w przypadku ankyloglosji przedstawiła Barbara Ostapiuk (2013a). Z kolei badania Moniki Łuszczuk (2012) udokumentowały, że skuteczność terapii logopedycznej jest większa w przypadku dzieci leczonych za pomocą trenera Myo T4K. To ważne ustalenia badaczek.

8. DYSKUSJA I WNIOSKI

Celem opracowania było porównanie terapii tradycyjnej i terapii strategicznej dyslalii obwodowej. Realizacja zadania wymagała z jednej strony ustalania kryteriów typologii różnych sposobów interwencji w przypadku wad wymowy, z drugiej – ustalenia perspektyw analizy porównawczej. Ważnym tłem dla podjętego tematu była formuła „praktyki opartej na dowodach” propagowanej w szczególności

przez ASHA. Istotne okazało się, które nie zawsze jest wystarczające, aby również wskazaniem jednej litery kształcenie w zakresie dyslalii, które nie jest wystarczające, aby absolwent studiów logopedycznych uzyskał aktualną wiedzę na temat diagnozy i terapii wad wymowy.

Zaprezentowane opracowanie nie wyczerpało tematu, ale nakreśliło główne wątki analizy. Ukazało też, że terapia tradycyjna i terapia strategiczna to dwa różne typy interwencji. Różnią się ze względu na pewne aspekty postrzegane przez logopedów – praktyków i naukowców – jako ważne. Należą do nich przede wszystkim: relacja ćwiczeń narządów mowy do głosek polskiego systemu fonetycznego i czynności prymarnych (szczególnie oddychania i połykania), relacja terapii do systemu fonemowo-fonetycznego, obecność nieprzekraczalnych reguł metodycznych, liczbę etapów terapii, rodzaj kluczowego momentu terapii, rodzaj stosowanej sekwencji terapii głosek zalecanej przez autorów danego typu interwencji, potwierdzenie w badaniach efektywności danego typu terapii.

Logopedia jest dyscypliną, która rozwija się w sposób dynamiczny, o czym świadczą liczne badania naukowe. Polską logopedię określa też nagromadzony dorobek praktyczny, który jest propagowany w rozmaitych poradnikach i innych opracowaniach. Jednakże dobrze byłoby, aby dwie ścieżki rozwoju logopedii – teoretyczna i praktyczna – się spotkały. Pisząc te słowa, pragnę wskazać, że metody terapii tradycyjnej powinny zostać sprawdzone w badaniach naukowych. Podobnie jak wiele metod terapii stosowanych w innych zaburzeniach mowy.

BIBLIOGRAFIA

- Antos D., Demel G., Styczek I., 1971, *Jak usuwać seplenienie i inne wady wymowy*, Warszawa.
- ASHA – American Speech-Language Hearing Association: www.asha.org/Research/EBP/Evidence-Based-Practice.
- Brackenbury T., Burroughs E., Hewitt L.E., 2008, *A Qualitative Examination of Current Guidelines for Evidence-Based Practice in Child Language Intervention*. „Language Speech and Hearing Services in Schools” 38 (1), s. 78–88.
- Brumbaugh K.M., Smit A.B., 2013, *Treating children ages 3–6 who have speech sound disorder. A survey*. „Language, Speech, and Hearing Services in Schools” 44 (3), s. 306–319.
- Bunton K., 2008, *Speech versus Nonspeech: Different Tasks. Different Neural Organization*. „Seminars in Speech and Language”, vol. 29 (4), s. 267–275.
- Demel G., 1978, *Minimum logopedyczne nauczyciela przedszkola*, Warszawa.
- Forrest K., 2002, *Are oral-motor exercises useful in treatment of phonological/articulation disorders?* „Seminars in Speech and Language”, vol. 23, s. 15–25.
- Grabias S., 2012, *Teoria zaburzeń mowy. Perspektywy badań, typologie zaburzeń, procedury postępowania logopedycznego*, [w:] *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*, red. S. Grabias, M. Kurkowski, Lublin.
- Grossman J., 1976, *Metodyka leczniczo-rehabilitacyjna w przypadkach wieloukładowych zaburzeń mowy u dzieci z rozszczepem podniebienia*, „Logopedia” t. 11, s. 33–46.

- Gúthová M., Šebianová D., 2002, *Terapia dyslalie*. [w:] *Terapia narušenej komunikačnej schopnosti*. red. V. Lechta et al, s. 119–144.
- Hiiemae K.M., Palmer J.B., 2003, *Tongue movements in feeding and speech*, „Critical Reviews in Oral Biology & Medicine”, vol. 14(6).
- Jastrzębowska G., Pelc-Pękala O., 1999, *Diagnoza i terapia zaburzeń artykulacji (dyslalii)*. [w:] *Logopedia. Pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*, Opole, s. 727–753.
- Kania J.T., 1967, *Dyslalie na tle procesu rozwojowego artykulacji*. „Biuletyn Fonograficzny”, 8, przedruk: J.T. Kania, *Szkice logopedyczne*, PTL, Lublin 2001, s. 175–192.
- Kania J.T., 1968, *Klasyfikacja ćwiczeń artykulacyjnych*, „Szkoła Specjalna”, z. 3, s. 264–271, przedruk: J.T. Kania, *Szkice logopedyczne*, PTL, Lublin 2001, s. 271–278.
- Kania J.T., 1975 *Podstawy językoznawczej klasyfikacji zaburzeń mowy*. „Język polski” 55, przedruk: J.T. Kania, *Szkice logopedyczne*, PTL, Lublin 2001, s. 11–30.
- Kania J.T., 1975 *Fonetyczna i logopedyczna charakterystyka mowy bezdźwięcznej. Wybrane zagadnienia teoretyczne i praktyczne*, [w:] *Wybrane zagadnienia z defektologii III*, Warszawa, przedruk: *Szkice logopedyczne*, PTL, Lublin 2001, s. 289–313.
- Kleiber G., 2003, *Semantyka prototypu. Kategorie i znaczenie leksykalne*. Przeł. B. Ligara, Kraków.
- Konopska L., 2006, *Wady wymowy u osób z wadami zgryzu*, Szczecin.
- Konopska L., 2015, *Desonoryzacja w dyslalii. Analiza artykulacyjna, akustyczna i audytywna*, Szczecin.
- Lakoff G., Johnson M., 1988, *Metafory w naszym życiu*. Warszawa.
- Lof G., 2003, *Oral motor exercises and treatment outcomes*, „Perspectives on Language, Learning and Education” 10 (1), s. 7–12.
- Lof G., 2008, *Controversies surrounding nonspeech oral motor exercises for childhood speech disorders*, „Seminars in Speech and Language” 29 (4), s. 253–255.
- Lof G., 2009, *The nonspeech-oral motor exercise phenomenon in speech pathology practice*, [w:] C. Bower, *Children's speech sound disorders*, Oxford, s. 181–184.
- Łuszczuk M., 2012, *Realizacja systemu fonologicznego polszczyzny u dzieci z zaburzeniami artykulacji szeregów dentalizowanych przy zastosowaniu terapii z wykorzystaniem trenera Myo T4K*. Rozprawa doktorska napisana w Zakładzie Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego pod kierunkiem T. Woźniaka. Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin.
- Łyżyczka I., 1978, *Metody rehabilitacji wymowy u dzieci z rozszczepem podniebienia*. „Logopedia” t. 13, s. 53–57.
- Mackiewicz B., 2002, *Dysglosja jako jeden z objawów zespołu oddechowo-polykowego*. Gdańsk.
- Malicka I., 2014, *Wstępne podsumowanie badań zaburzeń mowy u dzieci w wieku przedszkolnym z dysfunkcją fazy polykania i oddychania*, „Logopedia Silesiana”, t. 3, s. 241–249.
- Malicka I., 2019, *Dysfunkcje oddychania i polykania jako przyczyny zaburzeń mowy dzieci w wieku przedszkolnym oraz wczesnoszkolnym*, Niepublikowana rozprawa doktorska napisana pod kierunkiem dr. hab. prof. UŚ D. Pluty-Wojciechowskiej, Katowice.
- Michalak-Widera I., 2006, *Śmieszne minki dla chłopczyka i dziewczynki. Ćwiczenia usprawniające wymowę*, Katowice.
- Michalak-Widera I., 2007, *Mile uszom dźwięki. Usprawnianie narządów mowy i ćwiczenia prawidłowego wymawiania głosek*, Katowice.
- Michalak-Widera I., 2012, *Terapia dyslalii*. [w:] *W świecie logopedii. Materiały dydaktyczne*. Katowice.
- Ortodoncja II*, 2000, red. P. Diedrich, wyd. I polskie, red. A. Masztalerz, Wrocław.
- Ostapiuk B., 1997, *Zaburzenia dźwiękowej realizacji fonemów języka polskiego – propozycja terminów i klasyfikacji*. „Audiofonologia”, t. 10, s. 117–136.
- Ostapiuk B., 2002, *Dziecięca artykulacja czy wada wymowy – między fizjologią a patologią*. „Logopedia”, t. 31, s. 95–156.

- Ostapiuk B., 2013a, *Dyslalia ankyloglosyjna. O krótkim wędzidelku języka, wadliwej wymowie i skuteczności terapii*, Szczecin.
- Ostapiuk B., 2013b, *Dyslalia. O badaniu jakości wymowy w logopedii*, Szczecin.
- Ostapiuk B., Pluta-Wojciechowska D., Grabias S., Woźniak T., 2018, *Dyskusja po dyskusji na konferencji w Chorzowie, czyli o niektórych problemach logopedii w Polsce 2018*. „Logopedia”, t. 47–1, s. 369–398.
- Ostaszewska D., Tambor J., 1997, *Podstawowe wiadomości z fonetyki i fonologii współczesnego języka polskiego*, Katowice.
- Ostaszewska D., Tambor J., 2012, *Fonetyka i fonologia współczesnego języka polskiego*, Warszawa.
- Peña-Brooks A., Hedge M.N., 2007, *Assessment and Treatment of Articulation and Phonological Disorders in Children*, II ed. Texas.
- Pluta-Wojciechowska D., 2011, *O ćwiczeniach tak zwanej pionizacji języka*, [w:] *Biologiczne uwarunkowania rozwoju mowy i myślenia*, t. 2, red. M. Michalik, s. 209–222.
- Pluta-Wojciechowska D., 2011, *Od czynności prymarnych do czynności sekundarnej*, [w:] *Mowa dzieci z rozszczepem wargi i podniebienia*, Kraków, s. 121–192.
- Pluta-Wojciechowska D., 2012, *Czy logopeda wywołuje głoski?*, „Logopedia”, t. 41, s. 42–69.
- Pluta-Wojciechowska D., 2013, *Zaburzenia czynności prymarnych i artykulacji. Podstawy postępowania logopedycznego*, Bytom.
- Pluta-Wojciechowska D., 2017, *Dyslalia obwodowa. Diagnostyka i terapia logopedyczna wybranych form zaburzeń*, Bytom.
- Pluta-Wojciechowska D., Sambor B., 2018, *O popularnych, lecz dyskusyjnych ćwiczeniach języka w przypadku obwodowych zaburzeń artykulacji*, „Logopedia”, t. 47–1, s. 265–278.
- Pluta-Wojciechowska D., 2019a, *Efektywność terapii dyslalii. Logopedyczno-lingwistyczna analiza wyników badań*, Katowice.
- Pluta-Wojciechowska D., 2019b, *Orofacjologopedia*, „Logopedia”, t. 48–1, s. 137–157.
- Pluta-Wojciechowska D., 2020, *Terapia strategiczna dyslalii obwodowej. Inspiracje do ćwiczeń warg i języka dla dzieci oraz dorosłych*, Bytom.
- Powell T.W., 2008, *An integrated evaluation of nonspeech oral motor treatments*. „Language, Speech, and Hearing Services in Schools” 39, s. 422–427.
- Proffitt W.R., Fields H.W., 2001, *Ortodoncja współczesna*, red. nauk. wydania polskiego G. Śmiech-Słomkowska, Lublin.
- Rocławski B., 2001, *Podstawy wiedzy o języku polskim dla glottodydaktyków, pedagogów, psychologów i logopedów*, Gdańsk.
- Rodak H., 2002, *Terapia dziecka z wadą wymowy*, Warszawa.
- Rosch E., 1977, *Human Categorizations*, [w:] *Studies in Cross-Cultural Psychology*, vol. 1, London, s. 1–49.
- Rosch E., 1978, *Principles of categorization*, [w:] *Cognition and categorization*, eds. E. Rosch, B. Llund. Erlbaum, Hillsdale, s. 28–49.
- Rosch E., 1981, *Prototype Classification and Logical Classification: The Two Systems*, [w:] *New Trends in Cognitive Representation: Challenges to Piaget's Theory*, Hillsdale, s. 73–86.
- Sachajska E., 1981, *Uczymy poprawnej wymowy*, Warszawa.
- Sambor B., 2015, *Mówienie z tzw. szczękościskiem – fakty i mity*, [w:] *Diagnostyka i terapia zaburzeń realizacji fonemów*, red. D. Pluta-Wojciechowska, Katowice, s. 157–174.
- Sambor B., 2015, *Zaburzone wzorce polykania i pozycji spoczynkowej języka a budowa artykulacyjna głoskowych realizacji fonemów u osób dorosłych*, „Logopedia”, t. 43, s. 149–188.
- Sambor B., 2017, *Skaza dykcyjna czy wada wymowy? Analiza badań realizacji fonemów spółgłoskowych u młodych adeptów sztuki teatralnej*. Niepublikowana rozprawa doktorska napisana pod kierunkiem D. Pluty-Wojciechowskiej. Uniwersytet Śląski, Katowice.

- Serrurier A., Badin P., Barney A., Boë L.-J., Savariaux C., 2012, *Comparative articulatory modeling of the tongue in speech and feeding*, „Journal of Phonetics”, 40, 6, s. 745–763.
- Skorek E., 2009, *Z logopedią na ty. Podręczny słownik logopedyczny*, Kraków.
- Skorek E.M., 2010, *Reranie. Profilaktyka, diagnoza, korekcja*, Kraków.
- Sołtys-Chmielowicz A., 2008, *Zaburzenia artykulacji. Teoria i praktyka*, Kraków.
- Sołtys-Chmielowicz A., 2008, *Zaburzenia artykulacji. Teoria i praktyka*, Kraków.
- Stasiak J., 2015, *Postępowanie logopedyczne w przypadku dyslalii*, [w:] *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego. Podręcznik akademicki*, red. S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak, Lublin, s. 227–236.
- Stecewicz M., Halczy-Kowalik L., 2015, *Postępowanie logopedyczne u osób po wycięciu nowotworu jamy ustnej*, [w:] *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego. Podręcznik akademicki*, red. S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak, Lublin, s. 687–725.
- Styczek I., 1981, *Logopedia*, Warszawa.
- Taylor J.R., 2001, *Kategoryzacja w języku. Prototypy w teorii językoznawczej*, Kraków.
- Van Riper Ch., Irwin J.V., 1970, *Artikulationsstörungen. Diagnose und Behandlung*, Berlin–Charlottenburg 1970.
- Trzaskalik J., 2016, *Seplenienie boczne w polskiej literaturze logopedycznej. Rozważania teoretyczne*, „Forum Logopedyczne”, 24, s. 33–46.
- Trzaskalik J., 2017, *Terminologiczne dyskusje wokół sygmatyzmu i jego rodzajów – na przykładzie sygmatyzmu lateralnego*. [w:] *Współczesne tendencje w diagnostyce i terapii logopedycznej*, red. D. Pluta-Wojciechowska, B. Sambor, Gdańsk, s. 137–153.
- Uniwersalny słownik języka polskiego*, red. S. Dubisz [wersja elektroniczna], Warszawa 2004.