

Wprowadzenie do logopedii

**Grażyna Gunia
Viktor Lechta**

© Copyright by Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2011

Recenzenci:

dr hab. Jacek J. Błeszyński, prof. UMK
prof. dr hab. Zbigniew Tarkowski

Redakcja wydawnicza:

Małgorzata Miller

Korekta:

Grzegorz Bogdał

Opracowanie typograficzne:

Anna Bugaj-Janczarska

Projekt okładki:

Ewa Beniak-Haremska

Tłumaczenie tekstów Viktora Lechty:

Teresa Włodarczyk

ISBN 978-83-7587-851-6

Oficyna Wydawnicza „Impuls”

30-619 Kraków, ul. Turniejowa 59/5

tel. (12) 422-41-80, fax (12) 422-59-47

www.impulsoficyna.com.pl, e-mail: impuls@impulsoficyna.com.pl

Wydanie I, Kraków 2011

Spis treści

Wstęp	9
Część I. Wprowadzenie do teoretycznych i metodycznych podstaw logopedii	
Viktor Lechta	
1. Podstawy teoretyczne logopedii	15
1.1. Podstawowe definicje	15
1.1.1. Logopedia jako dyscyplina naukowa	15
1.1.2. Logopedia jako profesja	18
1.1.3. Logopedia jako przedmiot studiów	18
1.2. Rozwój myśli logopedycznej w świetle ewolucji światowych paradygmatów	18
1.3. Zaburzona zdolność komunikacyjna (ZZK)	20
1.4. Interwencja logopedyczna	23
1.4.1. Logopedyczna diagnoza	23
1.4.1.1. Metody i zasady logopedycznej diagnozy	25
1.4.2. Logopedyczna terapia	25
1.4.2.1. Metody, techniki, strategie logopedyczne	26
1.4.2.2. Zasady i formy pracy	27
1.4.3. Logopedyczna profilaktyka	27
1.5. Sens terapii logopedycznej	28
Grażyna Gunia	
2. Komunikacja alternatywna	33
2.1. Ustalenia terminologiczne na temat komunikacji wspomagającej i alternatywnej	35
2.1.1. Język migowy	36
2.1.2. System Bliss	37
2.1.3. Piktogramy	38
2.1.4. Makaton	38
2.2. Misja Stowarzyszenia ISSAC	39
2.3. Podobieństwa i różnice między sposobami porozumiewania się	39
Grażyna Gunia	
3. Pomoce w diagnozie, terapii i profilaktyce logopedycznej	45
3.1. Funkcje i zadania środków dydaktycznych w interwencji logopedycznej	46
3.2. Znaczenie dźwięków naśladowczych w interwencji logopedycznej	48
3.3. Graficzne i plastyczne wspomaganie interwencji logopedycznej	48
3.4. Urządzenia wspomagające terapię logopedyczną	50

Grażyna Gunia	
4. Koncepcja i organizacja opieki logopedycznej w Polsce	53
4.1. Model multiinterdyscyplinarnej opieki logopedycznej w teorii L. Kaczmarka	54
4.2. Organizacja opieki logopedycznej – systemowa analiza	55
4.3. Perspektywy logopedycznej interwencji na początku XXI wieku	57
4.4. Profilaktyka logopedyczna szansą dla dziecka, rodziców, logopedy	58
4.4.1. Prenatalne uwarunkowania rozwoju mowy	59
4.4.2. Zapobieganie zaburzeniom mowy w okresie noworodkowym oraz niemowlęcym	60
4.4.3. Wspomaganie rodziców	62
4.4.4. Wspomaganie rozwoju mowy dziecka w wieku przedszkolnym	63
4.4.5. Kultura żywego słowa	64
Część II. Zaburzenia mowy	
Grażyna Gunia	
1. Wprowadzenie do zaburzeń w kształtowaniu się mowy	71
1.1. Uwagi ogólne na temat typologii zaburzeń mowy, głosu i zaburzeń zdolności komunikacyjnej	72
Grażyna Gunia	
2. Dyslalia	77
2.1. Ustalenia terminologiczne	77
2.2. Etiologia	78
2.3. Klasyfikacja dyslalii	78
2.4. Diagnoza	79
2.5. Terapia	79
2.6. Seplenienie	82
2.7. Rotacyzm	84
2.8. Profilaktyka	85
Grażyna Gunia	
3. Rhinolalia	87
3.1. Terminologia	87
3.2. Etiologia	88
3.3. Rozszczep podniebienia	88
3.3.1. Statystyka	89
3.3.2. Etiologia	90
3.3.3. Symptomy	90
3.3.4. Diagnoza	91
3.3.5. Terapia	92
3.3.6. Profilaktyka	95
Grażyna Gunia	
4. Afazja, afazja dziecięca (alalia)	99
4.1. Ustalenia terminologiczne	99
4.2. Przyczyny	100
4.3. Klasyfikacja i symptomatologia	100
4.4. Afazja dziecięca – terminologia	102
4.4.1. Etiologia	104
4.4.2. Klasyfikacja	104

4.4.3. Diagnoza	106
4.4.4. Terapia	107
4.4.5. Profilaktyka	108

Grażyna Gunia

5. Dyzartria	111
5.1. Ustalenia terminologiczne	111
5.2. Dyzartria a mózgowe porażenie dziecięce	112
5.3. Typologia etiologiczno-symptomatologiczna dyzartrii	113
5.4. Diagnoza	116
5.5. Terapia	117
5.6. Profilaktyka	120

Grażyna Gunia

6. Specyficzne trudności w czytaniu i pisaniu	123
6.1. Ustalenia terminologiczne	123
6.2. Etiologia	127
6.3. Klasyfikacja	128
6.4. Statystyka	129
6.5. Symptomy	129
6.6. Diagnoza objawów ryzyka dysleksji	131
6.6.1. Wiek niemowlęcy i poniemowlęcy	131
6.6.2. Wiek przedszkolny (3–5 lat)	131
6.6.3. Wiek 6–7 lat	132
6.6.4. Młodszy wiek szkolny (klasa I–III)	133
6.6.5. Wiek szkolny powyżej klasy IV	134
6.7. Diagnoza	135
6.8. Terapia	135
6.9. Profilaktyka	137

Viktor Lechta

7. Mutyzm	141
7.1. Ustalenia terminologiczne	141
7.2. Etiologia	142
7.3. Klasyfikacja	142
7.4. Symptomatologia	143
7.5. Zasady interwencji logopedycznej	143
7.6. Profilaktyka	144

Viktor Lechta

8. Zaburzenia głosu	147
8.1. Terminologia	147
8.2. Etiologia	148
8.3. Klasyfikacja	149
8.4. Symptomatologia	149
8.5. Zasady interwencji logopedycznej	150

Viktor Lechta

9. Jąkanie	151
9.1. Ustalenia terminologiczne	152
9.2. Statystyka	152

9.3. Klasyfikacja	153
9.4. Przyczyny	153
9.4.1. Czynniki etiologiczne	153
9.4.1.1. Przyczyny organiczne	153
9.4.1.2. Środowisko społeczne	154
9.4.1.3. Czynniki psychiczne	155
9.4.2. Geneza jąkania	157
9.5. Symptomy	160
9.5.1. Napięcie psychiczne	160
9.5.2. Nadmierny wysiłek	161
9.5.3. Dysfluencja	162
9.6. Opieka logopedyczna	162
9.6.1. Diagnostyka	163
9.6.1.1. Napięcie psychiczne związane z potrzebą komunikacji	163
9.6.1.2. Nadmierny wysiłek przy mówieniu	164
9.6.1.3. Niepłynności w wypowiedzi	164
9.6.1.4. Diagnostyka dyferencjalna	165
9.6.2. Terapia	165
9.6.2.1. Integracyjny program terapeutyczny	166
9.7. Profilaktyka	168
Viktor Lechta	
10. Mowa bezładna (niewyraźna mowa, gielkot)	171
10.1. Określenie terminologiczne	172
10.2. Statystyka	173
10.3. Klasyfikacja	173
10.4. Przyczyny	174
10.5. Symptomy	175
10.5.1. Przejawy w dziedzinie zdolności mowy i zdolności językowych	175
10.5.1.1. Patologicznie przyspieszone tempo mowy	175
10.5.1.2. Niewyraźna artykulacja	176
10.5.1.3. Obniżony poziom zdolności językowych	177
10.5.2. Inne objawy	177
10.6. Opieka logopedyczna	179
10.6.1. Diagnostyka	179
10.6.1.1. Diagnostyka dyferencjalna	181
10.6.2. Terapia	182
10.6.2.1. Zasady ogólne	182
10.6.2.2. Metody i techniki	183
10.7. Profilaktyka	187

Wstęp

Każdy pedagog w swojej pracy spotyka się z problemem dzieci, młodzieży i dorosłych z zaburzeniami mowy. Specyficzne trudności w porozumiewaniu się słownym są opisywane jako pedagogiczny fenomen, który charakteryzuje się niejednorodnym obrazem klinicznym o złożonych uwarunkowaniach, występujących w określonych przestrzeniach społecznych (V. Lechta 2010). Interdyscyplinarność i wielopoziomowość zadań opieki logopedycznej wobec osób z zaburzoną zdolnością komunikacyjną wymagają więc uwzględnienia prezentacji dotychczasowego dorobku w tym zakresie, wypracowanego w przeszłości, ale osadzonego w teraźniejszych realiach społecznych, politycznych, cywilizacyjnych, wraz z wizją przyszłości.

Dotychczasowe publikacje twórców polskiej logopedii: L. Kaczmarka i I. Styczek datowane są na lata 60.–70. XX wieku. Następcy i/lub kontynuatorzy oraz przeciwnicy pierwszych opracowań z zakresu teorii i praktyki logopedii (por. Z. Tarkowski, G. Jastrzębowska, T. Gałkowski, K. Błachnio, E. Minczakiewicz i inni) przedstawiali w swoich publikacjach wielowymiarowe podejście do określenia interdyscyplinarnej wiedzy logopedycznej z przełomu XX/XXI wieku.

Na przestrzeni ostatnich 50 lat obserwujemy ewolucję poglądów na tematy, które są przedmiotem zainteresowań autorów książki. Zgodnie z założeniami teoretycznymi L. Kaczmarka, który w połowie XX wieku nadał logopedii multiinterdyscyplinarny charakter, uwzględnia się wszystkie wymiary mowy: embriologiczny, patologiczny, społeczny i artystyczny. Szerokie ujęcie logopedii pozwala na stwierdzenie, że jest to nauka o komunikacji, chociaż centralnym zagadnieniem przedmiotu badań jest mowa, jej rozwój i zaburzenia. We współczesnych koncepcjach logopedii nie ograniczamy się tylko do bezosobowego pojęcia mowy i słownego porozumiewania się. Zgodnie z intencją autorów niniejszego opracowania (por. G. Gunia, V. Lechta 2009) przyjmujemy, że przedmiotem i podmiotem badań logopedii jest cały proces komunikacji, indywidualnie zróżnicowany, ukierunkowany nie na zaburzenie, ale na osobę w holistycznym ujęciu bio-psycho-społecznym. Dlatego V. Lechta (2009) proponuje stosowanie ogólnego terminu „interwencja logopedyczna” na określenie działań prewencyjnych,

diagnostycznych i terapeutycznych, które podejmuje logopeda wobec osoby z zaburzoną zdolnością komunikacyjną.

Opracowanie monografii *Wprowadzenie do logopedii* stanowi systemową analizę wybranych zagadnień logopedycznych. Praca ta jest źródłem wiedzy o aktualnej problematyce logopedii dla studentów, pedagogów, a także dla osób interesujących się tym zagadnieniem. Adresatami książki są studenci studiów pedagogicznych, szczególnie pedagogiki specjalnej, przedszkolnej, wczesnoszkolnej, opiekuńczo-wychowawczej, asystenci osób niepełnosprawnych, studenci logopedii, a także pedagodzy – nauczyciele oraz terapeuci, którzy często w swojej praktyce spotykają się z osobami z zaburzeniami mowy.

Całość opracowania podzielono na dwie części: ogólną i specjalistyczną. W pierwszej przedstawiono główne założenia logopedii jako nauki, ustalenia terminologiczne, przedmiot i podmiot badań logopedii, zasady pracy logopedycznej, osobliwości słownego i pozasłownego porozumiewania się oraz główne założenia prewencji, diagnozy i terapii wad i zaburzeń mowy. Ustalenia terminologiczne oraz ogólne założenia zostały opracowane zgodnie z najnowszymi paradygmatami obowiązującymi w naukach medycznych i humanistycznych, które uwzględniają multiinterdyscyplinarny oraz cross-kulturowy charakter logopedii.

W drugiej części – szczegółowej (specjalistycznej) – omówiono poszczególne zaburzenia mowy, uwzględniając wielowymiarowość zagadnienia, tzn. istotę problemu, etiologię, klasyfikację, symptomatologię oraz główne zasady logopedycznej interwencji, rozumianej jako: diagnoza, terapia i prewencja. W terapii logopedycznej dominuje podejście eklektyczne, które wymaga od specjalisty zintegrowanej wiedzy i umiejętności w zakresie nie tylko diagnozy i terapii, ale również profilaktyki.

Zamierzeniem autorów było opracowanie monografii o logicznej koncepcji: od wstępnych ustaleń logopedii jako dziedziny wiedzy, przez historię do specyfiki poszczególnych specjalizacji zawodowych, takich jak balbutologopedia, neurologopedia i inne. Książka ma więc postać wielowymiarowego i międzynarodowego opracowania. Jej autorzy są przedstawicielami pedagogiki specjalnej i logopedii z Polski i Słowacji. To całościowe podejście do teoretycznych i metodycznych podstaw logopedii w formie polsko-słowackiej analizy zagadnień będzie, mamy nadzieję, cennym źródłem wiedzy, którą każdy student subdyscyplin pedagogiki, logopedii oraz pedagog-praktyk powinien posiadać.

Serdecznie dziękujemy Recenzentom – Prof. UMK, dr. hab. Jackowi J. Błęszyńskiemu oraz Prof. dr. hab. Zbigniewowi Tarkowskiemu za wskazówki, dzięki którym powstała ostateczna wersja książki.


Autorzy

Bibliografia

- Gunia G., Lechta V. (2009), *Ewolucja poglądów na temat logopedycznej interwencji a rozwój subdyscyplin pedagogiki specjalnej* [w:] C. Kosakowski, A. Krause, M. Wójcik (red.), *Relacje i doświadczenia społeczne osób z niepełnosprawnościami. Dyskursy pedagogiki specjalnej*, Wydawnictwo Edukacyjne „AKAPIT”, Toruń – Olsztyn.
- Lechta V. (2009), *Metody, techniki i zasady terapii logopedycznej* [w:] B. Oszustowicz, V. Lechta (red.), *Teoretyczne i praktyczne aspekty terapii pedagogicznej osób z niepełnosprawnościami*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego, Kraków.
- Lechta V. (2010), *NKS jako pedagogický fenomén* [w:] V. Lechta (red.), *Základy inkluzivní pedagogiky*, Portál, Praha.

Część I

Wprowadzenie do teoretycznych i metodycznych podstaw logopedii



Viktor Lechta

1. Podstawy teoretyczne logopedii

Logopedia (z greckiego: *logos* = ‘słowo’, ‘mowa’; *paideia* = ‘wychowanie’) należy do najbardziej progresywnych dyscyplin naukowych w ramach nauk humanistycznych. Jeśli uwzględnimy skomplikowane problemy społeczne, które mogą mieć związek z zaburzoną zdolnością człowieka do komunikacji, to rozwój logopedii (badającej właśnie zaburzoną zdolność komunikacyjną) w ostatnich dziesięcioleciach jest bardzo uzasadniony i logiczny.

1.1. Podstawowe definicje

Pojęcie „logopedia” może oznaczać zarówno dziedzinę nauki, jak i profesję, a także kierunek studiów (por. B. Śliwerski 2006). Od sposobu określenia dyscypliny wiedzy zależy specyfika profesji oraz kierunek/program studiów.

1.1.1. Logopedia jako dyscyplina naukowa

Logopedia (ang. *speech and language therapy*, *speech-language pathology*; niem. *Spracheilpädagogik*, *Logopädie*; ros. *Logopedija*; fr. *Orthophonie*) jest to dział nauki, który bada prawidłowości powstawania, eliminowania i prewencji zaburzonej zdolności komunikacyjnej (ZZK).

O występowaniu zaburzonej zdolności komunikacyjnej wspomina się w najstarszych źródłach historycznych (egipskie hieroglify, Biblia itp.); co więcej sam termin „logopedia” znany jest już od czasów, kiedy Grek Isokrates (436–338 r. p.n.e.) domagał się pielęgnowania *logón paideia* (‘wychowania prawidłowej mowy’). Jednak logopedia jako nauka zaczęła się konstituować dopiero w latach 20. XX w. Przeplatają się tu dwa kierunki rozwoju. Pierwszy to kierunek filozoficzny i z fi-

lozofii wywodząca się linia nauk (retoryka, językoznawstwo, pedagogika, psychologia, pedagogika specjalna itd.). Drugi to kierunek biologiczny. Charakterystyczne jest dla niego podejście lekarskie – zwłaszcza poszczególnych działów, które stopniowo się różnicowały w ramach medycyny (otorynolaryngologia, neurologia, foniatria, chirurgia plastyczna itd.). Obydwa te kierunki wzajemnie się dopełniają – tylko w ich komplementarności zagwarantowana jest jednolitość logopedii jako działu nauki.

Korzenie logopedii europejskiej jako nowoczesnej dziedziny nauki można odnaleźć zwłaszcza w ośrodkach niemieckojęzycznych (Berlin, Wiedeń). W związku z drugą wojną światową doszło (m.in. również w wyniku niedobrowolnego wyjazdu wielu specjalistów z Niemiec) do gwałtownego rozwoju logopedii głównie w USA. Obecnie w skali światowej pozycję dominującą ma logopedia angloamerykańska. Początki formowania logopedii jako dziedziny nauki przebiegały w byłej Czechosłowacji w przybliżeniu w pierwszych sześciu dekadach XX wieku, głównie pod wyraźnym wpływem medycyny, lecz stopniowo uzyskiwali tu wpływ także nielekarze. Poważny przełom nastąpił w ostatnich dziesięcioleciach XX wieku, kiedy zaburzoną zdolnością komunikacyjną zaczęli się bardziej intensywnie interesować psycholodzy, a zwłaszcza językoznawcy. W ostatnim okresie dochodzi tu do zasadniczej zmiany paradygmatu. Coraz częściej stosuje się tzw. zwrot pragmalingwistyczny, czyli odejście od terapii skierowanej tylko na korekcję wymowy i zwrot do pryncypialnej orientacji na wszystkie płaszczyzny językowe. Chodzi o paradygmat opierający się na holistycznym rozumieniu logopedii, której przedmiotem badań jest nie tylko mowa, ale osoba z zaburzoną zdolnością komunikacyjną. Dlatego nowoczesne koncepcje logopedii jednoznacznie podkreślają przesunięcie przedmiotu badania od „mówienia” do „komunikacji”, od „indywidualnego” do „interindywidualnego”. Coraz częściej są stosowane koncepcje pragmalingwistyczne, których tradycyjna logopedia nie знаła, co prowadziło np. do ignorowania pragmatycznej płaszczyzny językowej, która w słowackiej logopedii zaczęła być pertraktowana dopiero niedawno (V. Lechta i in. 1990). Z tych powodów nastąpiło w logopedii przejście od terminów „zaburzenie mowy”, „błąd mowy” do bardziej ogólnego terminu „zaburzona zdolność komunikacji” (ZZK), który trafnie oddaje tę zmianę paradygmatu logopedii.

Obecnie istnieją w logopedii dwa trendy: praktycystyczny i emancypacyjny. Trend praktycystyczny pojmuje logopedię jako „książkę kucharską”, oferującą „przepisy” na usunięcie-korektę poszczególnych rodzajów ZZK. Przykładem tego trendu są działania logopedyczne np. we Włoszech, Francji i niektórych landach Niemiec. W odróżnieniu od niego, w ramach trendu emancypacyjnego (obserwowanego na przykład w Wielkiej Brytanii, USA) logopedia jest pojmowana jako młoda nauka, która chce i musi precyzować swoją istotę naukową i forsować swoją równorzędną pozycję w systemie dyscyplin naukowych (por. V. Lechta 2009).

Dlatego zakotwiczenie logopedii w systemie nauk nie jest jeszcze do końca ustalone. Odbывают się intensywne dyskusje, związane głównie z podstawowym wyznaczeniem jej przedmiotu, pozycją między dyscyplinami naukowymi, a także trendem jej dalszego rozwoju: w niewielu dziedzinach istnieje taka różnorodna sytuacja, jak właśnie w logopedii (V. Lechta 1999). Na początku trzeciego tysiąclecia włączenie logopedii do systemu nauk jest w różnych krajach odmienne: od jej zakwalifikowania do dyscyplin lekarskich (ewentualnie tzw. paramedycznych), przez jej pojmowanie jako językoznawstwa stosowanego, włączenie do dyscyplin pedagogicznych, pedagogiki specjalnej, pedagogiki leczniczej, aż do dążenia do jej autonomii. Najczęściej można tu obserwować tendencje rywalizujące (walka o dominującą pozycję jednej spośród zainteresowanych nauk) i tendencje przekrojowe (lokujące logopedię w punkcie przecięcia wielu dyscyplin). Jeżeli będziemy opierać się na klasyfikacji nauk, tak jak ją wyznaczył M. Nakonečný (2002), możemy zdefiniować nowoczesną logopedię jako interdyscyplinarną dziedzinę nauki, usytuowaną między naukami przyrodniczo-społecznymi i empiryczno-normatywnymi. Ten trend nie jest charakterystyczny tylko dla słowackiej i polskiej logopedii: takie pojmowanie logopedii jest typowe na przykład także dla logopedii amerykańskiej i brytyjskiej (B.A. Stewart 1994), w obecnym czasie mówią o tym trendzie także M. Grohnfeldt i in. (2000) w Niemczech, M. Magnusson (2001) w Szwecji („logopedia w dialektyce nauk przyrodniczych i humanistycznych”) itp. W dodatku w takim pojmowaniu nie tylko logopedia jest nauką interdyscyplinarną, ale z pewnością także jej subdyscypliny (afazjologia, balbutologia itd.) zyskują coraz silniejszy charakter interdyscyplinarny. W związku z tym H. Günter (1996) podaje, że logopedia jako samodzielna dyscyplina naukowa powinna pozostać interdyscyplinarną, multiprofesjonalną, kooperatywnie i integracyjnie zorientowaną nauką. Podobny pogląd głosi L. Kaczmarek (1977) – twórca polskiej logopedii: logopedia to samodzielna dyscyplina naukowa, multiinterdyscyplinarna, której przedmiotem badań jest mowa, rozumiana holistycznie, w wymiarze embriologicznym, patologicznym, społecznym i artystycznym.

W każdym przypadku należy jednakże utrzymać równowagę wpływów poszczególnych nauk współzależnych, tak aby żadna z nich w tej interdyscyplinarnej konstelacji nie przeważała kosztem pozostałych. Stosunek zainteresowanych dziedzin powinien więc być dopełniający się (M. Grohnfeldt i in. 1989), tak jak powinny być komplementarne filozoficzna/humanistyczna i biologiczna linia rozwoju logopedii. O. Speck (2003) mówi w tym sensie o tzw. pojęciu ekologicznym, przy którym odpadają spory kompetencyjne na temat tego, która dziedzina nauki ma dominować, a która ma być submisywna (podporządkowana). W takim pojęciu należy definiować logopedię jako interdyscyplinarną dziedzinę nauki, badającą prawa powstania, eliminowania i prewencji ZZK. Badanie „prawideł powstania ZZK” implikuje tu również diagnostykę i prewencję, a „eliminowanie” implikuje terapię, wychowanie, kształcenie itd.

Logopedia bada ZZZK u człowieka według kryterium jej przyczyn, przejawów, następstw, możliwości diagnostyki, terapii, prewencji i prognozy. Obecnie obserwujemy starania o różnicowanie logopedii klinicznej, jako praktycznego działu logopedii w kierunku dziedziny medycznej, i logopedii szkolnej, jako stosowanego działu ukierunkowanego na system edukacyjny.

1.1.2. Logopedia jako profesja

Logopedia jako profesja ukierunkowuje się na trzy grupy populacyjne:

- ludzi niepełnosprawnych, którzy mają ZZZK (na przykład ZZZK przy opóźnieniu mentalnym);
- ludzi pełnosprawnych z ZZZK (na przykład ludzie z lekką bełkotliwością);
- tzw. populację nietkniętą, czyli ludzi, którzy nie mają ZZZK, ale są objęci działaniami profilaktycznymi (w ramach prewencji jąkania w okresie rozwojowej niepełności mowy, prewencji zaburzeń głosu u osób „pracujących głosem”, np. nauczycieli).

Zakres obowiązków logopedy jest stosunkowo szeroki. Do jego zadań należą: prewencja, diagnostyka i terapia ZZZK, działalność doradcza, opiniująca, badawcza, publikacyjna, oświatowa, kształceniowa i samokształceniowa itd.

Na poziomie międzynarodowym od 1988 r. w Europie najbardziej znaczącą organizacją zawodową jest Stała Komisja Logopedów przy UE (Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes / Logopèdes de l'Union Européenne – CPLOL, www.cplol.eu). Ma w przybliżeniu 60 000 członków z 28 krajów europejskich. Ogólnoświatowe oddziaływanie ma Międzynarodowe Towarzystwo Logopedów i Foniatorów (International Association of Logopedics and Phoniatrics – IALP).

1.1.3. Logopedia jako przedmiot studiów

Pierwsze znane wzmianki o wyższym kształceniu logopedów w Europie są z 1926 r. (Hamburg). Obecnie logopedzi zdobywają wyższe wykształcenie na wydziałach humanistycznych: pedagogicznych, pedagogii specjalnej, pedagogiki leczniczej, językoznawstwa, oraz medycznych: lekarskich, ewentualnie innych.

1.2. Rozwój myśli logopedycznej w świetle ewolucji światowych paradygmatów

Historię logopedii można analizować w różnych aspektach: jako dziedzinę nauki, jako historię troski o ludzi z ZZZK czy jako historię kształcenia lo-

gopedów lub historię logopedii jako profesji. Można je traktować regionalnie lub globalnie. W tej periodyzacji dziejów logopedii chodzi o zintegrowanie wszystkich wspomnianych kryteriów w jeden wspólny przegląd siedmiu etapów rozwoju logopedii:

1. Zdolność do komunikacji jako taka jest przedmiotem rozważań i badań od zarania dziejów. Pierwsze pisemne dowody pochodzą w przybliżeniu już z trzeciego tysiąclecia p.n.e., ale w licznych aspektach (różne rodzaje werbalnych przysięg, zaklinania lub jej wykorzystywanie/nadużywanie przez polityków-demagogów) rejestrujemy tego dowody do dziś.
2. Pisemne zapisy o istnieniu ludzi z ZZK (w przybliżeniu od XIV w. p.n.e.). Zwykle chodziło o osobowości prominentne (władcy, wodzowie itd.).
3. Początki systematycznego pielęgnowania zdolności komunikacji jako takiej, wzmianki o ZZK w pracach znaczących myślicieli (I w. n.e.–XV w.).
4. Rozprawy naukowe o ZZK, pojedyncze próby wprowadzenia systematycznej troski o ludzi z ZZK (XVI–XVII w.). Chodziło z reguły o osobowości oświecone, które kierowały się pobudkami humanistycznymi, a także antycypowały dalszy rozwój w tej dziedzinie.
5. Początki zorganizowanej troski o ludzi z ZZK (XVIII–XIX w.): w XVIII w. oświata (jako baza kulturalno-etyczna) i rewolucja przemysłowa (jako baza techniczno-ekonomiczna) stworzyły platformę dla zinstytucjonalizowanej opieki nad ludźmi upośledzonymi i zaburzonymi (V. Lechta 1994).
6. Monografie, podręczniki, czasopisma dały punkty wyjścia dla kreowania naukowych podstaw logopedii (XIX–XX w.) przede wszystkim w krajach niemieckojęzycznych (Berlin, Wiedeń).
7. Konstytuowanie logopedii jako dziedziny nauki (XX–XXI w.). Interesujące jest, że po obu stronach Atlantyku znaczącym przedziałem były lata 20. XX w.

W niektórych krajach logopedia dążyła w kierunku szkolnictwa i w kierunku medycyny (logopedia szkolna, logopedia kliniczna), dochodziło do inkluzywnej troski o dzieci z ZZK (O. Matuška 2002) [por. cz. I, rozdział 4. „Koncepcja i organizacja opieki logopedycznej w Polsce”].

Chociaż przedstawiona periodyzacja jest tylko wstępnym zarysem, należy wspomnieć przynajmniej najbardziej znaczące wydarzenia i osobowości logopedii. Wyraźnie zaznaczymy, że rozgrywały się w tych okresach historycznych również inne ważne wydarzenia, zmieniające podejście do teoretycznych i praktycznych podstaw rodzącej się logopedii. W wyborze faktów i osób z historii logopedii chodzi nam raczej o podkreślenie najbardziej charakterystycznych punktów zwrotnych niż o szczegółowe informacje. Należy do nich zwłaszcza:

- pierwsze użycie terminu „logopedia” – *logón paideia* (Isokrates, IV w. p.n.e.);
- profesja: już starożytni Rzymianie znali jakichś poprzedników logopedów (pod nazwą *phonascovia* lub *phonascus/phonasci*);

- podręcznik pediatrii Mercurialisa (1583): jego rozdziały o ZZK są uważane za pierwszą rozprawę naukową w dziedzinie logopedii;
- otworzenie pierwszego zakładu – „instytutu dla niemych i innymi zaburzeniami mowy dotknięte osoby” (1778, S. Heinicke);
- monografia A. Kussmaula, *Zaburzenia mowy* (*Die Störungen der Sprache*, 1877);
- otworzenie pierwszego w Polsce Zakładu Leczenia Zboczeń Mowy (czylnego od 1892 do 1922 r.), prowadzonego przez W. Ołtuszewskiego;
- pierwsze czasopismo („Medizinisch-Pädagogische Monatschrift für gesamte Sprachheilkunde”, A. Gutzmann – H. Gutzmann w 1891 r.);
- kongres założycielski IALP (stowarzyszący logopedów w skali ogólnoświatowej); 1926 r. – pierwsze wyższe kształcenie logopedów. Wydarzenia te były platformą dla emancypacji logopedii jako dziedziny nauki, działu studiów i profesji.

1.3. Zaburzona zdolność komunikacyjna (ZZK)

Jednym z podstawowych terminów nowoczesnej logopedii jest zaburzona zdolność komunikacyjna: w angielskiej terminologii *communicative disability* (D. Crystal, R. Varley 1999), w niemieckiej terminologii *gestörte Kommunikationsfähigkeit*, *Störung von Kommunikationsfähigkeit* (M. Grohnfeldt i in. 2000).

Jeżeli chcemy się zajmować ZZK, należy najpierw, przynajmniej krótko, określić samą zdolność komunikacji, czyli zdolność człowieka do świadomego i według odpowiednich norm ortofonicznych używania języka jako systemu znaków i symboli w całej jego kompleksowości oraz we wszystkich jego formach, w celu realizowania określonego zamierzenia komunikacyjnego.

Kompleksowość oznacza, że zdolność ta obejmuje wszystkie płaszczyzny językowe (fonetyczno-fonologiczną, leksykalno-semantyczną, morfologiczno-syntaktyczną, pragmatyczną...); jeżeli chodzi o formy, to zdolność komunikacji obejmuje wszystkie sposoby komunikowania (np.: mówiony, graficzny, niewerbalny). Zdolność komunikacji człowieka (tak jak człowiek sam) jest punktem przecięcia trzech wzajemnie się w niej przeplatających wymiarów: biologicznego, psychicznego i społecznego, a więc stanowi bio-psycho-społeczną jedność. Ten punkt przecięcia jest u każdego człowieka indywidualnie zróżnicowany, a specyficzna zdolność komunikacji jest charakterystyczna dla jednostki, podobnie jak sposób chodzenia. Określenie „normalnej” zdolności komunikacji może być czasem trudne. Kategoria „normalności” jest bowiem przy ocenie komunikacji i jej odchylen o wiele szersza, a jej granice są często bardziej niejasne niż granice norm w innych dziedzinach. O wiele łatwiej niż ogólnie obowiązujące, normalne lub odchylające się od normy przejawy zdolności komunikacji da się określić np. „normalny” – średni wzrost obywateli w centymetrach lub „normalny” słuch w decybelach. Przejawów, które ktoś ocenia jako ewidentne

ZZK, inny człowiek może nawet nie zauważyć. Jest to spowodowane kilkoma czynnikami:

- ludzie z wyższym wykształceniem (zwłaszcza w dziedzinie humanistycznej) mają tendencję oceniać jakość przejawów mowy innych ludzi bardziej surowo i zwykle również ustalać swoje granice „normy” wyżej;
- u niektórych profesjonalistów mowy (np.: nauczycieli, aktorów, spikerów itd.) wymagania dotyczące „normy” są surowsze niż w innych profesjach;
- lekkich odchylen od normy, mniej wyraźnych przejawów ZZK (na przykład mniej rażące błędy wymowy) możemy nie zauważać z powodu zmęczenia i dekoncentracji;
- zależy to również od środowiska językowego, z którego pochodzi oceniający ZZK; na przykład osoba (Słowak), która była od najmłodszych lat pod wpływem trnawskiego dialektu, może mieć wrażliwość językową na różnicowanie wymowy miękkiego „č”, „ď” „ň”, które jest odmienne od normy poprawnej wymowy przyjętej na Słowacji; innym przykładem jest wymowa krakowska – realizacja „n” przedniojęzykowego jako tylnojęzykowa, czyli upodobnienie do „k” pod względem artykulacji, w wyrazach: szynka, okienko, panienka; w innych regionach Polski realizacja „n” jako tylnojęzykowe pojawia się tylko w wyrazach obcego pochodzenia: bank, tango.

Mamy jednak do dyspozycji konkretne wskazówki w szukaniu odpowiedzi na pytania, które są zawsze związane z określonym kryterium wyjściowym:

- Kryterium rozwojowe: czy przejawy zdolności komunikacji odpowiadają normom rozwojowym, czy nie? Na przykład: czy zakres zasobu słownego dziecka jest odpowiedni do normy rozwojowej dla danego wieku?
- Kryterium fizjologiczne: czy można uważać sposób mówienia za fizjologicznie prawidłowy, czy nie? Na przykład: czy nosowość jest według kryterium dźwięku mowy prawidłowa, czy odmienna od normy?
- Kryterium terapeutyczne: czy w danym przypadku pożądana jest interwencja logopedyczna, czy nie? Na przykład: czy konieczne jest, aby człowiek z pewnym odchyleniem artykulacji poddał się terapii logopedycznej, czy nie?
- Kryterium lingwistyczne: czy dane mówienie odpowiada normom kodyfikowanym dla danego języka, czy nie? Na przykład: czy określone mówienie jest gramatycznie prawidłowe?
- Kryterium zamierzenia komunikacyjnego: czy człowiek potrafi zrealizować swoje zamierzenie komunikacyjne i można jego zamierzenie komunikacyjne zrozumieć bez pewnych momentów zakłócających? Na przykład: czy potrafimy bez przeszkód dekodować zamierzenie komunikacyjne człowieka, który ma ciężką wadę wymowy, i czy on sam potrafi swoje zamierzenie komunikacyjne prezentować bez przeszkód?

Sądzymy, że ostatnie kryterium – tj. kryterium zamierzenia komunikacyjnego – ma spośród wymienionych najmniej ograniczeń: umożliwia bowiem najbardziej ogólną aplikację. A zatem w tym sensie o ZZK mówimy wtedy, kiedy jedna

z płaszczyzn przejawów językowych (lub kilka płaszczyzn równocześnie) człowieka interferuje z jego zamierzeniem komunikacyjnym.

W najcięższych przypadkach ZZK wcale nie potrafimy dekodować, interpretować zamierzenia komunikacyjnego, ponieważ wcale go nie rozumiemy; innym razem człowiek z ZZK nawet nie próbuje zrealizować swojego pierwotnego zamierzenia komunikacyjnego, na przykład boi się ośmieszenia itp.

ZZK może się przejawiać w ramach procesów symbolicznych i niesymbolicznych. Oto przykłady zaburzonej zdolności komunikacyjnej:

ZZK może się manifestować tylko w jednym wymiarze (np. prosta bełkliwość dotyczy tylko wymiaru dźwiękowego w dziedzinie procesów niesymbolicznych). Jednak może się przejawiać symultanicznie w kilku wymiarach (np. zaburzony rozwój mowy przejawia się zwykle w różnych wymiarach) lub najpierw w jednym wymiarze, a sukcesywnie także w innym (np. jąkanie dotyczy początkowo zwykle tylko wymiaru dźwiękowego w dziedzinie procesów niesymbolicznych, ale stopniowo może wpływać również na procesy symboliczne: człowiek stara się koncytować swoją wypowiedź tak, aby nie występowały w niej słowa, przy których przewiduje problemy z płynnością mowy).

Termin ZZK odpowiada również najnowszej klasyfikacji WHO (*International Classification of Functioning, Disability and Health*) (2001), w której termin *disability* jest ekwiwalentem „zaburzonej zdolności”.

Poszczególne rodzaje ZZK można analizować w wielu koncepcjach, w ramach różnych teorii i w wielu kontekstach. Dla naszych potrzeb będzie najłatwiej zastosować kryterium nozologiczne. Z tego aspektu rozróżniamy kilka podstawowych rodzajów ZZK, które występują w ramach międzynarodowej klasyfikacji chorób i dzielą się na konkretne diagnozy:

- bezmowność rozwojowa – zaburzony rozwój mowy;
- nabyta bezmowność organiczna – afazja;
- nabyta bezmowność psychogenna – mutyzm, mutyzm selektywny;
- zaburzenie dźwięku mowy – mamrotanie;
- zaburzenie płynności mowy – jąkanie, niewyraźna mowa;
- zaburzenia artykulowania mowy – dyslalia, dyzartria;
- zaburzenia głosu – dysfonia, afonia;
- kombinowane wady i zaburzenia mowy – równoczesne występowanie kilku rodzajów zaburzonej zdolności komunikacyjnej;
- symptomatologiczne zaburzenia mowy: ZZK przy innych, dominujących upośledzeniach, chorobach, zaburzeniach, np. przy upośledzeniu słuchowym, dziecięcym porażeniu mózgowym;
- zaburzenie graficznej strony mowy: agrafia, aleksja, akalkulia, dysleksja, dysgrafia, dyskalkulia.

Ważne jest, aby wiedzieć, że za ZZK nie uważamy:

- bezmowności fizjologicznej – jeżeli dziecko nie mówi przed ukończeniem 1. roku życia;

- dysfluencji rozwojowej – nie płynności wypowiedzi około 3.–4. roku życia;
- dyslalii fizjologicznej – nieprawidłowej artykulacji niektórych głosek (bez poważnych odchyśleń organicznych, zaburzeń słuchu itd.) przed ukończeniem około 5. roku życia;
- dysgramatyzmu fizjologicznego – lżejszych nieprawidłowości w płaszczyźnie morfologiczno-syntaktycznej w przybliżeniu do 4. roku życia;
- sytuacji, w której nadawca i odbiorca informacji nie używają takiego samego kodu – języka, lub kiedy staramy się komunikować w obcym języku i nie władamy nim doskonale;
- używania języka gestów (znaków) w komunikacji alternatywnej, np. przy komunikacji ludzi z upośledzeniem słuchowym.

1.4. Interwencja logopedyczna

Pod pojęciem interwencji logopedycznej rozumiemy krąg specyficznych, złożonych działań podejmowanych przez logopedę. Interwencja jest pojmowana w najszerszym znaczeniu (co jest niezbędne, aby uchwycić cały kompleks działań logopedy), podobnie jak w innych pracach, w których interwencja jest definiowana jako „zabieg” (P. Hartl, H. Hartlová 2000; J. Dvořák 1998) lub całkiem ogólnie (S. Singh, R.D. Kent 2000) jako „czynność, działanie w celu zmiany”. Interwencja logopedyczna jest to specyficzne działanie, które logopeda realizuje w celu:

- 1) zidentyfikowania ZZK;
- 2) wyeliminowania, złagodzenia ZZK, ewentualnie w przypadku jej trwania pokonania bariery komunikacyjnej;
- 3) zapobieżenia temu zaburzeniu (doskonalenie zdolności komunikacyjnych człowieka).

Interwencję logopedyczną rozumiemy jako złożony i skomplikowany proces warunkowany wieloczynnikowo, który jest realizowany z zamiarem osiągnięcia trzech podstawowych celów, na trzech analogicznych, wzajemnie się uzupełniających poziomach:

- 1) diagnostyka logopedyczna,
- 2) terapia logopedyczna,
- 3) prewencja logopedyczna.

1.4.1. Logopedyczna diagnoza

Diagnostyka logopedyczna jest skierowana na człowieka z ZZK w najszerszym znaczeniu tego słowa. Jej wynikiem jest zebranie kompleksowych informacji, niezbędnych do późniejszej realizacji terapii logopedycznej lub prewencji

logopedycznej. Czasem jako wynik diagnostyki logopedycznej proponowane są konkretne zalecenia terapeutyczne lub profilaktyczne. Przy samym diagnozowaniu – identyfikowaniu ZZK bierze się pod uwagę kilka kryteriów:

- Sposób/formę komunikowania: stwierdzamy, czy ZZK dotyczy werbalnej, czy niewerbalnej formy komunikowania, ewentualnie jej postaci mówionej czy graficznej, na przykład przy mamrotaniu naruszenie dotyczy wypowiedzi – dźwięku mowy, przy dysleksji i dysgrafii dotyczy graficznej postaci komunikowania itp.
- Przebieg procesu komunikacji: stwierdzamy, czy ZZK dotyczy produkowania (nadawania informacji), czy percypowania (odbierania informacji). Jednakże nawet kiedy zaburzony jest „tylko” proces odbierania informacji, może się to później przejawiać również w nadawaniu informacji, tj. w wypowiedzi. Przykładem są osoby z przewodzeniowym niedosłuchem, które mają zwykle w następstwie swojego uszkodzenia słuchu także problemy z prawidłowym wymawianiem spółgłosek syczących (tj. w dziedzinie nadawania informacji).
- Kryterium czasowe: stwierdzamy, czy ZZK jest trwała, czy przejściowa. W większości przypadków ZZK jest przejściowa i niepowracająca lub przynajmniej potencjalnie niepowtarzalna (tj. istnieje szansa usunięcia ZZK i zależy tylko od warunków zewnętrznych oraz wewnętrznych, czy jest realizowana). Z kryterium czasowego przy diagnostyce stwierdza się również, czy ZZK jest wrodzona (na przykład przy wrodzonych rozszczepach podniebienia), czy nabyta w przebiegu życia (na przykład po urazach, poważnych chorobach).
- Kryterium klinicznego obrazu: diagnostyka ukierunkowuje się na to, czy ZZK w ogólnym obrazie klinicznym dominuje, czy też jest symptomem jakiegoś dominującego upośledzenia, zaburzenia, choroby. Może chodzić na przykład o MPD, epilepsję, upośledzenie słuchowe itd. W takim przypadku chodzi o symptomatologiczne zaburzenie mowy – jego kompleksowa diagnostyka wymaga specyficznego podejścia wielu profesjonalistów.
- Kryterium zakresu, stopnia, formy: stwierdzamy, czy ZZK jest całkowita, czy częściowa. Całkowita ZZK – na przykład całkowita utrata zdolności przemówienia – jest na szczęście relatywnie rzadka. Częściowe naruszenie może mieć różne stopnie: od lekkiej dyslalii – błędnej artykulacji, aż do ciężkiej afazji – utraty zdolności komunikowania się.
- Kryterium uświadomienia sobie: człowiek może sobie swoją ZZK uświadamiać, ale są również przypadki (np. przy lekkim seplenieniu), kiedy z jej istnienia nie musi sobie zdawać sprawy.
- Kryterium przyczyn i przebiegania: stwierdzamy, czy przyczyny są funkcjonalne, czy ZZK spowodowane są jakimiś uszkodzeniami organicznymi. Stosunkowo częstą przyczyną funkcjonalną ZZK jest naśladowanie nieprawidłowego wzoru mówienia lub zaniedbywanie dziecka przez rodziców. Uszkodzeń organów, które mogą spowodować ZZK, może być wiele: od

relatywnie lżejszej wady zgryzu aż do ciężkich chorób, np.: paraliż, stany pourazowe itd.

1.4.1.1. Metody i zasady logopedycznej diagnozy

Diagnostyka logopedyczna jest realizowana na różnych poziomach, czyli może być ukierunkowana na identyfikację ZZK w różnym stopniu. Istnieją trzy poziomy diagnostyki logopedycznej (V. Lechta i in. 1995):

1. Badanie orientacyjne – jest realizowane na przykład w ramach skринingu. Odpowiada na pytanie: „Czy badana osoba ma, czy nie ma ZZK?”.
2. Badanie podstawowe – chodzi o ustalenie konkretnego rodzaju ZZK, postawienie diagnozy podstawowej. Odpowiada na pytanie: „O jaki rodzaj ZZK chodzi?”.
3. Badanie specjalistyczne – jak najdokładniejsze zidentyfikowanie stwierdzonej ZZK. Odpowiada na pytanie: „Jaki to typ, forma, stopień ZZK, jakie są jej dalsze osobliwości i następstwa?”. Często jest związane z badaniami konsyliarycznymi.

Jest wiele metod i technik diagnostyki logopedycznej:

- metody obserwowania (np.: arkusz, skala obserwacji);
- metody eksploracyjne (np.: ankieta, rozmowa anamnestyczna, rozmowa kierowana);
- egzaminowanie diagnostyczne (np.: badanie artykulacji, dźwięku mowy);
- metody testowe (np.: Token test, test lateralizacji);
- metody kazuistyczne (studia przypadków);
- analiza wyników działań (np. wyników szkolnych);
- metody przyrządowe (np. artykulografia).

Przy ich stosowaniu należy przestrzegać wielu zasad: analizy wielowymiarowej (kompleksowości badania), jak najbardziej obiektywnej oceny, oceniania całej osobowości badanej osoby, szukania przyczyny, ciągłości (terapia diagnostyczna i diagnostyka terapeutyczna) itd.

1.4.2. Logopedyczna terapia

Terapia ZZK ma z założenia na celu usunięcie tego zaburzenia. Jednak bywa, że czasem, np. u ludzi z chronicznym zaburzeniem zdolności komunikacyjnych lub u dzieci z jakimś poważnym upośledzeniem, taki cel jest nierealny i ZZK będzie nadal trwać. W takich przypadkach najważniejszym celem terapii jest maksymalne ograniczenie lub zredukowanie ZZK. Równocześnie należy dążyć do stworzenia optymalnych warunków do kształtowania postawy komunikacyjnej, aby osoby te pomimo swojej długotrwałej ZZK nie miały bariery

w komunikowaniu się. Na przykład aby osoby z uszkodzonym narządem słuchu, używające mowy dźwiękowej (nie muszą mieć zawsze precyzyjnej artykulacji), nie miały pomimo błędnej artykulacji bariery w komunikacji.

1.4.2.1. Metody, techniki, strategie logopedyczne

Metody terapii logopedycznej można podzielić na:

- 1) **stymulację** nierozwiniętych lub opóźnionych funkcji komunikacyjnych,
- 2) **korygowanie** wadliwych funkcji komunikacyjnych,
- 3) **reedukację** utraconych lub pozornie utraconych, dezintegrowanych funkcji komunikacyjnych (por. V. Lechta 2009).

Terapię logopedyczną można określić jako działanie, które jest realizowane specyficznymi metodami w ściśle określonej sytuacji celowego uczenia w celu eliminowania ZZK. Chodzi w zasadzie o tzw. uczenie kierowane, odbywające się pod celowym kierunkiem i kontrolą logopedy w zorganizowanych warunkach gabinetów logopedycznych, ewentualnie także poza nimi. Może go ewentualnie realizować również osoba, która ma ZZK – wraz z rodzicami, opiekunami, osobami bliskimi, pod superwizją logopedy (V. Lechta 2002). W ramach terapii logopedycznej można stosować właściwie wszystkie rodzaje jak najszerszej rozumianego uczenia się: przez warunkowanie, warunkowanie operacyjne (np. przy rozwijaniu motoryki aparatu artykulacyjnego), uczenie percepcyjno-motoryczne (np. przy pisaniu), uczenie werbalne, uczenie pojęciowe, uczenie przez rozwiązywanie problemu (np. przy korekcji dysgramatyzmu), uczenie kompetencji społecznych itp.

W logopedii można stosować liczne metody z: pedagogiki ogólnej, np.: metodę słowną (podającą, poszukującą), zajęć praktycznych (przykładu – wzoru wymowy), oglądową (por. I. Adamek 2000, s. 60–61); pedagogiki specjalnej, np.: kompensacji, korektury, usprawniania oraz dynamizowania jednostki (por. teoria M. Grzegorzewskiej 1989). Ich stosowanie jest realizowane w specyficznie stwarzanych sytuacjach terapii logopedycznej, którą G. Knura (G. Knura, B. Neuman 1980) trafnie charakteryzowała jako „metodycznie stwarzane” sytuacje uczenia.

Od metod trzeba odróżnić techniki i strategie terapii logopedycznej. Podczas gdy metoda oznacza określoną drogę prowadzącą do celu, technika jest to czynność, proces roboczy, quasi-środek transportu (P. Hartl, H. Hartlová 2000), za pomocą którego można się dostać do celu. Strategię można rozumieć jako określony plan, koncepcję celowej aplikacji poszczególnych technik. Na przykład metoda korekcji rotacyzmu może być realizowana za pomocą różnych technik: substytucyjnej, mechanicznej itd., w ramach strategii procesów zabawowych, pośrednich.