



**Recenzja dysertacji doktorskiej**

**mgr. Jakuba Skrzeka**

**„Metody integrujące a metody nieingerujące w pracy z dzieckiem z dyslalią obwodową”**

Przedstawiona do recenzji dysertacja doktorska mgr. Jakuba Skrzeka to praca licząca 221 stron. Opracowanie składa się z 11 rozdziałów, w tym obejmujących teoretyczne podstawy badań, metodologię, wyniki badań własnych, relację z przebiegu eksperymentu oraz rozważania o charakterze aplikacyjnym, a także streszczenie, bibliografię, spis tabel, wykresów, rysunków i fotografii. Na tle opisanych w sposób wybiórczy i dość powierzchowny podstaw teoretycznych, które nie odzwierciedlają stanu współczesnej wiedzy o dyslalii, Autor przedstawia wyniki badań dotyczących porównania efektywności terapii w przypadku dyslalii obwodowej funkcjonalnej z uwzględnieniem metod ingerujących i nieingerujących. Takie postawienie problemu z definicji budzi wątpliwości, gdyż metody zwane przez Pana Magistra ingerującymi i nieingerującymi nie są alternatywą, ale są dopełniającymi się sposobami pracy z dzieckiem z dyslalią, i nie tylko. Nie można, a nawet nie da się ich stosować rozdzielnie pomimo, że teoretycznie można je wydzielać. Będzie o tym mowa w dalszej części recenzji. Metodologia badań oraz sposób przeprowadzenia eksperymentu – jeśli przyjąć, że problem i wyróżnione zmienne badań są prawidłowe (a nie są) – budzą wiele zastrzeżeń, także etycznych.

**PODSTAWY TEORETYCZNE BADAŃ.** Zgodnie z przyjętą w postępowaniu badawczym procedurą, pierwszą część pracy (rozdział 1, 2, 3, 4, 5) Autor poświęca rozważaniom teoretycznym, które mają przybliżyć problematykę dyslalii. Nie przedstawia współczesnej wiedzy o dyslalii z uwzględnieniem najnowszych osiągnięć dotyczących takich zagadnień jak, np. relacja fonem – głoska i implikacje dla postępowania logopedycznego, istota logopedycznego badania realizacji fonemów, interpretacja wyników badania, w tym rewizja typologii wad wymowy zaproponowanej przez J. Kanię - 1982 (por. Ostapiuk 1997, 2002, 2008, 2012, 2013; L. Konopska 2002, 2006, 2008; D. Pluta-Wojciechowska 2002, 2006, 2008, 2010, 2011, 2012, 2013). W 2013 roku ukazała się monografia B. Ostapiuk pt. *Dyslalia. O badaniu jakości wymowy w logopedii*, pierwsza tego typu monografia w Polsce, a także monografia D. Pluty-Wojciechowskiej pt. *Zaburzenia czynności prymarnych i artykulacji. Podstawy postępowania logopedycznego* (2013) pierwsza monografia dotycząca



dyslalii obwodowej w Polsce, którą się Pan Magister zajmuje w dysertacji. Brak odniesień do tych 2 pozycji, nawet w nurcie polemicznym, a opracowania autorek zawierają kluczowe dla podjętych badań ustalenia (Pan Magister cytuje zwrot „ucieleśnienie fonemu” na stronie 12). To niezrozumiała dla mnie sytuacja. Choć w bibliografii rozprawy Pan Magister umieszcza pracę L. Konopskiej, kilka artykułów B. Ostapiuk i wymienioną powyżej pracę D. Pluty-Wojciechowskiej, to jednak nie korzysta z zawartych w nich fundamentalnych dla analiz dyslalii ustaleń (wybiórczo powołuje się w pracy na fragmenty analiz B. Ostapiuk, dysertacja świadczy jednak o tym, że z tych analiz nie korzysta we własnym rozwoju naukowym). Pan Magister ma prawo do niezgadzenia się z poglądami badaczek, jednakże nie można dziś pisać o dyslalii bez choćby odniesienia się w dyskursie polemicznym do kluczowych poglądów wymienionych osób. Są one odmienne w wielu zakresach od opinii badaczy dyslalii, które stały się główną osnową poglądów Pana Magistra na temat dyslalii. Logopedia zmieniła się od czasów I. Styczek - 1970, H. Rodak – 1992 i B. Sawy – 1990, a także J. Kani – 1975, 1982. Autor przywołuje poglądy A. Sołtys-Chmielowicz zawarte w publikacji z 2011 roku, jednakże nie uwzględniają one najnowszych ustaleń w badaniach nad dyslalią. Zmieniła się przede wszystkim teoretyczna podstawa analizy zaburzeń realizacji fonemów, co determinuje diagnozę i terapię w przypadku dyslalii. Pan Magister wykorzystuje typologię dyslalii H. Mierzejewskiej i D. Emiluty-Rozyi (1997), co uznaje za słuszne w świetle prowadzonych badań, jednak propozycja autorek nie zawiera odniesień do kluczowych problemów związanych z dyslalią, np. istota nienormatywnej realizacji fonemów, sposób badania i oceny realizacji fonemów, ograniczenia interpretacji wad wymowy w ujęciu J. Kani itd., gdyż przedmiotem opracowania autorek jest typologia zaburzeń mowy.

Charakterystyczną cechą stylu pisania Pana Magistra jest brak polemiki z autorami przywoływanych prac (także tych sprzed kilkadziesiąt lat), brak krytycznego spojrzenia na propozycje badaczy, a także – w wielu miejscach – nieprecyzyjność wyrażania własnych poglądów. Niektóre niejasności lub wręcz nieprawdziwe opinie formułowane przez Pana Magistra w pracy zostaną zacytowane w recenzji. W pracy przeważa styl niejasny, co powoduje, że czytelnik ma wątpliwości, czy i/lub jak rozumie Pan Magister różne pojęcia.

W rozdziale pt. „Rozważania nad systemem fonologicznym języka polskiego”, który liczy 15 stron, Pan Magister przedstawia takie zagadnienia jak fonologia a fonetyka, pojęcie fonemu, fonem a głoska, system fonemowy języka polskiego, system fonemowy języka polskiego a postępowanie logopedyczne. Fundamentalną dla prowadzonych badań relację



fonem – głoska, a także kompetencje i sprawności Autor przedstawia w pracy w sposób powierzchowny. Pisząc o fonemie nie powołuje się na innych autorów, czego nie można robić w szczególności w rozprawie naukowej dotyczącej właśnie realizacji fonemów (patrz strona 11 wydruku). Autor ma prawo tworzyć własne definicje, jednakże ta, którą Pan Magister przedstawia, a także rozważania na temat fonemu na stronie 11-12 wynikają i nawiązują do takich badaczy jak: R. Jakobson, R. Laskowski, D. Jones, B. Rocławski, przy czym Pan Magister tego nie zaznacza. Nieprecyzyjność czy za daleko posunięte uproszczenia odnajdujemy na przykład w następującym zdaniu: „Powyżej scharakteryzowana artykulacja dodatkowa, warianty kombinatoryczne i ogół głosek **stanowią** normę fonetyczną języka polskiego” (wydruk, strona 12, podkr. DPW). Pan Magister pisze: „W badaniach logopedycznych ważne jest zatem **rozdzielenie** terminów >>dźwiękowa realizacja fonemu<< oraz >>artykulacja głoski<<” (wydruk: strona 12, podkr. DPW). Czy, a jeśli tak, jaka jest różnica pomiędzy terminem „dźwiękowa realizacja fonemu” a terminem „artykulacja głoski”? Tego Pan Magister nie wyjaśnia, przyjmując jednak, że „w opisie eksperymentu posługiwać się będę sformułowaniem >>artykulacja głoski<< lub >>wymowa głoski<<, by podkreślić związaną z tym zjawiskiem aktywność narządów mowy” (wydruk: strona 12). Skoro Pan Magister dostrzega różnicę pomiędzy wskazanymi terminami, to trzeba zdefiniować obydwa pojęcia, a następnie wskazać odmienności. Wszak dysertacja dotyczy właśnie dźwiękowych realizacji fonemów.

Rozdział 1.3 nosi tytuł „System fonemowy języka polskiego” Rozważania w tym rozdziale traktują o metodzie ustalania cech dystynktywnych i ich rodzajach. Brak wskazania, jaki system fonetyczno-fonologiczny Autor przyjmuje, jakie są jego cechy w porównaniu z innymi systemami. Pan Magister przyjmuje system fonemowy i fonetyczny B. Rocławskiego, pisząc o tym w kolejnym rozdziale (wydruk: strona 15), powołując się na publikacje z 1981, 1986 roku. Nie odnosi się do najnowszych opracowań tego badacza. Przyjęcie systemu B. Rocławskiego w badaniach rodzi pewne konsekwencje, także dla dalszych analiz i badań. Zastanawia mnie np. komentarz Pana Magistra na stronie 93 dotyczącej relacji z badań artykulacji („Badanie wymowy za pomocą...”, wydruk: strona 93). Będzie o tym mowa w dalszej części recenzji na stronach 15-16.

Niedosyt budzi rozdział 1.4. Jego tytuł („System fonemowy języka polskiego a postępowanie logopedyczne”, wydruk: strona 14-15) wskazuje, że Autor pragnie określić relację pomiędzy systemem fonemowym języka polskiego a postępowaniem logopedycznym



(np. pojęcie diagnoza logopedyczna należałoby wyjaśnić – por. wydruk: 62, 31 oraz por. ujęcie diagnozy – Grabias 1997, 2012; Emiluta-Rozya 2013). Możemy przyjąć za S. Grabiasem (1997, 2012), że postępowanie logopedyczne obejmuje diagnozę (a w niej opis mowy, w tym realizacji fonemów oraz wyjaśnienie przyczyn stwierdzonych zaburzeń), a następnie prognozowanie i prowadzenie terapii. Prymarny dla postępowania logopedycznego w przypadku dyslalii (i nie tylko) jest etap diagnozy, który rozpoczyna się od badania i opisu realizacji fonemów. Pan Magister posługuje się odnośnie do tego zagadnienia np. terminem „wyrazistość artykulacyjna” (wydruk, strona: 15), przy czym go nie definiuje. Czytelnik ma zatem wątpliwości, co jest przedmiotem diagnozy w przypadku dyslalii, gdyż termin „wyrazistość” – zgodnie ze słownikiem – ma znaczenie następujące: „a. siła wyrazu, sugestywność, ekspresywność [...], b. odznaczanie się wyraźnymi, łatwo zauważalnymi cechami” (*Uniwersalny słownik języka polskiego*, red. Dubisz). Opis realizacji fonemu ma kluczowe znaczenie dla dalszych etapów postępowania logopedycznego. Co ma być przedmiotem diagnozy podczas badania realizacji fonemów: efekt dźwiękowy czy dźwiękowo-wzrokowy, a może nawet dźwiękowo-wzrokowo-czuciowy związany z realizacją fonemu czy też „wyrazistość artykulacyjna” (patrz słownikowa definicja tego terminu powyżej)? Pojawia się pytanie: czym jest artykulacja wyrazista i jak ją rozpoznać? Czym jest artykulacja niewyrazista i jak ją rozpoznać? Jaka jest relacja pomiędzy wyrazistością artykulacyjną a normą systemu fonetyczno-fonologicznego? (por. sposób ujęcia badania i opisu realizacji fonemów, jaki odnajdujemy w publikacjach A. Sołtys-Chmielowicz oraz dla kontrastu u B. Ostapiuk, D. Pluty-Wojciechowskiej, L. Konopskiej). Brak komentarza Doktoranta.

„Wymowa polska w świetle literatury przedmiotu” – to tytuł kolejnego rozdziału. Ta część rozprawy rodzi uwagi. Na stronie 16 Pan Magister posługuje się terminami *signifié* (czyli pojęcie) i *signifiant* (czyli obraz akustyczny) i nie powołuje się na autora teorii znaku językowego – F. de Saussure’a, przywołując S. Grabiasa, T. Milewskiego, I. Styczek. Szanując dokonania S. Grabiasa, T. Milewskiego i I. Styczek należy jednak powoływać się na autora teorii znaku językowego.

W rozdziale 2.2. zatytułowanym „Zbiór głosek polskich” odnajdujemy uwagi na temat kryteriów podziału głosek. Autor wykorzystuje ujęcie Karpowicza z 2009 roku. Wątpliwości budzi kryterium opisane przez Pana Magistra jako: „c. położenie języka – spółgłoska twarda



oraz miękka” (wydruk: strona 17) – o jakie położenie języka chodzi i względem czego, o położenie której części języka chodzi?

W podrozdziale 2.3 pt. „Norma ortofoniczna polszczyzny” Autor przywołuje prace B. Rocławskiego z 1981 roku. Pan Magister nie korzysta z najnowszych publikacji tego badacza (np. 2001), gdzie badacz rozwija i modyfikuje swoje poglądy w porównaniu z rokiem 1981.

Podrozdział 2.4. „Style wymowy i poziomy normy ortofonicznej” skłania do kilku refleksji. Niejasny jest zwrot „poziomy normy ortofonicznej”, brak definicji pojęcia. Jeśli przyjmiemy, że norma to „ustalona, ogólnie przyjęta zasada; reguła, przepis, wzór” (*Uniwersalny słownik języka polskiego*, red. Dubisz), a ortofonia to „poprawność językowa w zakresie wymowy” (*Uniwersalny słownik języka polskiego*, red. Dubisz), to – albo coś jest w normie albo nie. Owszem, można przyjąć różne poziomy niezgodności z normą. Można też przyjąć inne stanowisko i stanowić normę ortofoniczną dla różnych grup społecznych, różnych sytuacji komunikacyjnych. Część pracy oznaczona numeracją 2.4 budzi zastrzeżenia.

Trudno zgodzić się, ze stwierdzeniem, że „Wymowa szybka nie jest normatywna...” (wydruk: strona 20). Osobiście znam wiele osób – zarówno aktorów, jak i osoby bez specjalnego przygotowania w zakresie artykulacji – które mają prawidłową wymowę i mówią szybko. Tu także brak komentarzy Pana Magistra dotyczących wskazanego problemu. Trudno zgodzić się z Panem Magistrem, że „Skuteczne porozumiewanie się zależy od kilku czynników, takich jak tempo mowy, siły głosu, rytmizacji wypowiedzi oraz staranności artykulacyjnej” (wydruk: strona 21). Warto przypomnieć, że oprócz substancji segmentalnej i suprasegmentalnej (patrz: Wysocka, Mirecka) wpływ na efektywność komunikacji mają także takie elementy jak barwność wypowiedzi, zestaw użytych wyrażení, zwrotów, spójność wypowiedzi, rodzaj i jakość użytych środków językowych itd. (por. Grabias 1997, 2012).

Pan Magister przywołuje pracę J. Wójtowiczowej z 1993 roku i wymienia za autorką 5 typów wymowy (dokładności ortofonicznej – tu brak definicji pojęcia) wyróżnionych „[...] po wnikliwej obserwacji wzrokowej (*estetyka*) oraz kontroli *sluchowej* (jakość dźwięków) wypowiedzi osoby mówiącej” (wydruk: strona 22, podkr. DPW, por. wydruk: strona 33, 68, 90, przypis 88). Czytając opisy wariantów wymowy c, d, e widać, że zarówno *wymowa dopuszczalna* – (m.in. „nieznaczne deformacje artykulacyjne, korygowane przez mówiącego w mowie kontrolowanej przy zachowaniu staranności artykulacyjnej”), jak i *wymowa nieprawidłowa* (m.in. „niewyrazista wymowa samogłosek”, „zdeformowane brzmienie dźwięków”) oraz *wymowa wadliwa* (np. „nosowanie, reranie...”) są w istocie nienormatywną



realizacją fonemów, naruszeniem – w różnym zakresie – normy opisanej w systemie fonetyczno-fonologicznym B. Rocławskiego, który Pan Magister przyjmuje. Pan Jakub Skrzek nie komentuje tego zagadnienia, a także opisanych kryteriów badania wymowy, czyli „obserwacji wzrokowej (estetyka) oraz kontroli słuchowej (jakość dźwięków)” (wydruk: strona 22; por. też strona 33, 68, 90, przypis 88). Współczesne poglądy na temat istoty i sposobu badania realizacji fonemów prezentowane przez np. B. Ostapiuk, L. Konopską, D. Plutę-Wojciechowską są odmienne od tych, które są przedstawione w dysertacji. Nie można dziś pisać o badaniu realizacji fonemów nie odnosząc się do poglądów autorek, chociażby w polemice. Ocena wzrokowa, którą Pan Magister przywołał w cytacie dotyczy – estetyki wymowy, a nie ustalenia budowy artykulacyjnej głoski ze względu na przyjęty system fonetyczno-fonologiczny. To dwie różne perspektywy badania głoski.

Zastanawia mnie zatem umieszczenie pozycji wymienionych badaczek w bibliografii. Mogłabym jednak przyjąć i zrozumieć, że poglądy współczesnych badaczy dyslalii (np. Ostapiuk, Konopska, Pluta-Wojciechowska) są obce Panu Magistrowi i ich nie podziela. Jednakże nie można się dziś do poglądów wymienionych badaczek dyslalii nie odnieść się, chociażby w dyskursie polemicznym.

W rozdziale 3 p.t. „Dyslalia i jej miejsce w obrębie różnych klasyfikacji zaburzeń mowy” znajduje się między innymi zdanie, które budzi zdumienie: „Podejmuje [chodzi o rozdział – dopisek DPW] jednak problem zaburzenia tylko jednego **aspektu języka – w obrębie artykulacji**” (wydruk: strona 24, podkr. DPW, por definicję kompetencji i sprawności – Grabias 1997, 2012, rozważania na temat systemu i użycia systemu). Odmienności w definiowaniu terminu dyslalia, jakie obserwuje się w przypadku propozycji I. Styczek i S. Grabiasa w porównaniu z definicjami innych autorów, są wskazane ogólnie, bez refleksji, która uwzględniałaby fundamentalny podział w obrębie mowy na kompetencje i sprawności. Autor pisze: „Miejsce szczególne zajmują opracowania Ireny Styczek [1978], Leona Kaczmarka [1981] oraz Józefa Tadeusza Kani [1982]. Publikacje te wyznaczyły **właściwy kierunek interpretacyjny** w definiowaniu dyslalii. Potwierdza się **nieustanna ważność merytoryczna** tych z przywołanych zagadnień, które tworzą przecież do dziś podstawy terminologiczne polskiej logopedii” (wydruk: strona 27, cytat dosłowny). To zdanie, mając na względzie interpretację wad wymowy w ujęciu J. Kani (1975, 1980), stoi w sprzeczności z krytyczną oceną podziału na paralalię i dyslalię właściwą (w ujęciu J. Kani – substytucje i deformacje), jaką przedstawia choćby B. Ostapiuk i D. Pluta-Wojciechowska, a



o czym Pan Magister w tym miejscu nie wspomina, nie odnosi się także do tego problemu w formie polemicznej (patrz mój komentarz poniżej na temat uwag Pana Magistra ze strony 58). Zauważmy, że konsekwencją interpretacji wad w wymowy w ujęciu J. Kani (podział na substytucje i deformacje) i nierozumienia jej ograniczeń mogą być błędy diagnostyczne i w efekcie nieadekwatna terapia logopedyczna. Wyjaśnienie wad wymowy za pomocą podziału na substytucje i deformacje (a także elizje), jakie przedstawił ponad 30 lat temu J. Kania, nie jest doskonałe, gdyż wyróżniona przez niego kategoria – substytucje nie jest jednorodna, co ma związek ze stosunkiem głoski do fonemu. Przy czym sam J. Kania widział pewne ograniczenia swojej typologii (Kania 1982, s. 12). Był to uczony, który – jak przypuszczam – zmieniłby swoje stanowisko lub je zmodyfikował, gdyby zapoznał się z współczesnymi badaniami dyslalii. Na stronie 58 Autor pisze, że „Warto w tym momencie **zastanowić się** nad problemami dyskusyjnymi na temat substytucji, deformacji oraz elizji” (wydruk: strona 58, podkr. DPW). Kolejne zdania świadczą o tym, że jest jakiś problem z podziałem na substytucje i deformacje, ale Pan Magister go nie przedstawia i nie analizuje. Dlaczego? Problem interpretacji tzw. dziecięcych substytucji, obok metodyki ich oceny, jest jednym z najważniejszych problemów w przypadku badania realizacji fonemów w odniesieniu do małych dzieci, a Doktorant właśnie bada realizację fonemów u małych dzieci. Postawa Doktoranta zadziwia.

Z interpretacją wad wymowy w ujęciu J. Kani wiąże się sposób badania realizacji fonemów. Pan Magister opowiada się za słuchowym badaniem wymowy (wydruk: strona 68, 90, w tym przypis 88). Na stronie 68 Autor wyraża swoją opinię na temat tego, co jest przedmiotem badania logopedycznego. Pisze bowiem: „Kompleksowa ocena mowy pacjenta zawiera nie tylko **analizę brzmieniową**, ale także opis sprawności aparatu artykulacyjnego, w tym przede wszystkim warg i języka” (wydruk: strona 68, podkr. DPW). Pisze też o tym na stronie 90 (patrz też przypis 88). Taka postawa stoi w sprzeczności z współcześnie postulowanym sposobem oceny wymowy, jaką od kilkunastu lat odnajdujemy w opracowaniach badaczy dyslalii (np. Ostapiuk, Konopska, Pluta-Wojciechowska). Warto przypomnieć, że ucho ludzkie nie jest w stanie różnicować drobnych niuansów brzmieniowych słyszanych dźwięków (zob. Jassem), stąd sposób oceny wymowy jest istotny. Współcześnie postuluje się wykorzystanie w badaniach realizacji fonemów metody słuchowej i wzrokowej (a nawet jeszcze dotykowej czy pewnych prób eksperymentalnych mających potwierdzić bądź wykluczyć cechy słyszanej artykulacji), co umożliwia poznanie **budowy**



artykulacyjnej głoski w porównaniu z przyjętym systemem fonetyczno-fonologicznym i określenie, jaka jest relacja pomiędzy oczekiwaną realizacją fonemu a realizacją stwierdzoną w badaniu. Mogłabym zrozumieć, że Doktorant nie zgadza się z postawą badaczy, którzy postulują takie stanowisko, jednakże brak polemiki na ten temat.

Uznając zatem, że Pan Magister przyjmuje i akceptuje interpretację wad wymowy w ujęciu J. Kani (1982) moje zdumienie budzi zdanie: „Należy jeszcze zaznaczyć, że **poza wszystkimi prezentowanymi tutaj podziałami** znajdują się nieprawidłowości, które zostaną jednak uwzględnione w szczegółowym opisie wad artykulacyjnych. Wśród nich znajduje się przede wszystkim mowa bezdźwięczna” (wydruk: strona 30, podkr. DPW). Z zacytowanego zdania wynika, że zaburzenia realizacji fonemów polegające na braku dźwięczności przy realizacji fonemów obstruentalnych – zdaniem Autora – stanowią nieklasyfikowane zaburzenie, nie ma dla niego miejsca w zacytowanych klasyfikacjach i wymaga specjalnego omówienia. Przy czym Pan Magister wcześniej wymienia różne typologie zaburzeń realizacji fonemów, w tym kategorie wad wymowy w ujęciu J. Kani oraz B. Ostapiuk (wydruk: strony 27-30), w które – zapewniam Pana – „można wpisać” tak zwaną mowę bezdźwięczną. Trzeba jednak rozumieć istotę omawianych przez Pana Magistra klasyfikacji dyslalii.

Przegląd klasyfikacji dyslalii jest zrobiony – co stwierdzam ze smutkiem – w sposób typowy dla analizy tego zagadnienia przez studentów logopedii. Brak własnej refleksji, własnych komentarzy i oceny przydatności poszczególnych rodzajów klasyfikacji dla diagnozy i terapii – komentarz Doktoranta na temat przydatności poszczególnych typologii dyslalii odnajdujemy w zdaniu: „**Wielość** analizowanych klasyfikacji nie przekłada się, niestety, na ich jakość i przydatność praktyczną” (wydruk: strona 30, podkr. DPW). Brak wskazania, na czym polegają ograniczenia przywołanych typologii.

Kolejny podrozdział 3.3. dotyczy propozycji klasyfikacji zaburzeń mowy w ujęciu wymienionych wcześniej badaczek – H. Mierzejewskiej i D. Emiluty-Rozy. Osobiście uważam, że typologia badaczek jest interesująca i sama z niej korzystam omawiając dyslalię. Kluczowa dla prowadzonych badań dyslalia funkcjonalna jest przez Pana Magistra omówiona ogólnie, bez wyjaśnienia, dlaczego dysfunkcje i/lub parafunkcje powodują zaburzenia wymowy. Wszak przedmiotem dysertacji jest dyslalia funkcjonalna. Niejasność budzi wyróżnienie wśród przyczyn „wewnętrznych” tego typu dyslalii – „obniżonej sprawności aparatu artykulacyjnego” (wydruk: strona 33). Należy zauważyć, że nie ma objawu bez przyczyny, a zatem obniżona sprawność aparatu artykulacyjnego jest skutkiem jakiegoś





czynnika patologicznego. Może nim być dla przykładu niska pozycja języka podczas oddychania, co skutkuje trudnością np. w unoszeniu tego narządu do pozycji wertykalno-horyzontalnej. W tym kontekście obniżona sprawność aparatu artykulacyjnego może być skutkiem zaburzeń np. oddychania, połykania. Ten problem należało wyjaśnić i uporządkować przyczyny dyslalii funkcjonalnej w sposób szczególnie staranny. Wszak tematem dysertacji jest dyslalia funkcjonalna.

Przeгляд rodzajów wad wymowy jest typowy dla tego typu opracowań, przy czym Autor wykorzystuje np. publikację z np. 1992 roku w przypadku sygmatyzmu, a brak uwag na temat najnowszych badań empirycznych dyslalii. Wątpliwości budzą nieprecyzyjne opisy w przypadku nienormatywnej realizacji fonemu /r/: „drzenie występuje tylko między zębami”[...] „drzenie występuje na wewnętrznej części siekaczy górnych” (wydruk: strona 34). Nasuwa się pytanie: co drzy?

Nie mogę się zgodzić ze zdaniem, że do najczęściej występujących sygmatyzmów należy sygmatyzm krtaniowy (wydruk: strona 35). Myślę, że większość logopedów nigdy nie słyszała tego typu artykulacji, gdyż występuje ona niezwykle rzadko w specjalnej grupie osób. Osobiście – podczas prawie 30 lat mojej pracy jako logopeda – słyszałam krtaniowe realizacje fonemów dentalizowanych u dzieci z rozszczepem podniebienia w stanie przed- i pooperacyjnym, ale były to niezwykle rzadkie przypadki. Pan Magister nie komentuje opinii, że sygmatyzm krtaniowy należy do najczęstszych sygmatyzmów i nie odwołuje się do badań dyslalii lub choćby do własnych doświadczeń. Czy rzeczywiście w praktyce Pana Magistra sygmatyzm krtaniowy należy do najczęstszych? Jestem przekonana, że nie. W typologii brak np. jakże często występujących dorsalnych realizacji fonemów dentalizowanych środkowojęzykowych i dziąsłowych (patrz badania L. Konopskiej, A. Lorenc, B. Ostapiuk, D. Pluty-Wojciechowskiej, B. Sambor). W wielu opracowaniach na temat dyslalii przepisywane są opinie na temat częstości występowania pewnych typów sygmatyzmów, jednak to nie zwalnia Badacza od własnej refleksji.

Budzi wątpliwości zdanie: „Należy jednak stanowczo podkreślić, że wadliwa wymowa ma miejsce wtedy, gdy **zwrócimy uwagę** nie tylko na to, co mówi dziecko, ale przede wszystkim, jak mówi” (wydruk: strona 54, podkr. DPW). Można zatem wysunąć wniosek, że jeśli nie zwrócimy uwagi na to *jak* dziecko mówi, to nie ma wady wymowy. Znam osoby z wadą wymowy, które są postrzegane w grupie rówieśniczej jako osoby z wymową prawidłową. Jeśli grupa tej wady nie zauważa, to znaczy, że człowiek nie ma wady



wymowy? Czy zatem grupa i jej ocena decyduje o tym, czy pacjent ma wadę wymowy? Takie wątpliwości rodzić się mogą w związku z komentarzem Pana Magistra zacytowanym powyżej. Jeśli ktoś ma wadę wymowy, to ona jest – bez względu na to, czy ktoś to zauważy czy nie.

Zdziwienie budzą słowa Pana Magistra: „Dlaczego wady wymowy są aż tak ważnym problemem? Logopeda ma przecież do czynienia z **poważniejszymi** trudnościami w słownym komunikowaniu się” (wydruk: strona 58, podkr. DPW). Stosowne zatem wydaje się pytanie: jakie zaburzenia mowy należą do poważniejszych, a jakie do mniej poważnych czy wręcz niepoważnych?

Niepokój budzi opinia Pana Magistra zawarta we fragmencie: „Wszystkie wymienione wyżej metody dzielą się na trzy główne etapy pracy w zakresie korekcji głósiki: przygotowawczy, wywołania dźwięku i utrwalania go. Ten spotykany bardzo często podział doskonale obrazuje, na czym polega każda terapia logopedyczna. **Pierwszym** jej elementem jest **usunięcie przyczyny** wady wymowy, **po którym można dopiero rozpocząć** wywoływanie dźwięku” (wydruk: strona 65, podkr. DPW). W świetle tej opinii w przypadku wady zgryzu, która jest przyczyną wady wymowy, logopeda nie podejmie terapii do czasu usunięcia wady zgryzu, co – zauważmy – może trwać kilka lat. Terapię logopedyczną prowadzi się równoległe do leczenia ortodontycznego, a także innego (por. Proffit, Fields 2001, Rakosi, Jonas, Graber 1993, Styczek 1980, Karłowska 2008, Konopska 2007, Pluta-Wojciechowska 2013). Usunięcie przyczyny wady wymowy nie zawsze jest łatwe i możliwe. Dla przykładu w przypadku ankyloglosji, która jest przyczyną wady wymowy, przecięcie wędzidełka języka powoduje usunięcie przyczyny wadliwej wymowy w sensie anatomicznym. Jednakże – zauważmy – że nie powoduje natychmiastowej w wielu przypadkach usunięcia nieprawidłowych nawyków w obrębie np. czynności prymarnych. Trudno jest usunąć tzw. gotyckie podniebienie, tzw. głębokie gardło, zmiany architektury podniebienia twardego na skutek blizn po operacji szczeliny rozszczepu, makroglosję (niepoeracyjną), mikroglosję i wiele innych. Pomimo to logopedzi prowadzą terapię. Jestem przekonana, że Pan Magister także prowadzi terapię logopedyczną dzieci z wadami zgryzu i nie zwleka z rozpoczęciem terapii do czasu zakończenia leczenia ortodontycznego. Bardzo rzadko logopeda czeka z terapią do czasu zakończenia leczenia ortodontycznego.

Pan J. Skrzek przywołuje propozycję H. Rodak z 1992 roku a dotyczącą m.in. prób sprawności języka i warg (wydruk: strona 73). Wśród proponowanych zadań odnajdujemy



krytykowane przez badaczy (np. Ostapiuk, Pluta-Wojciechowska) „unoszenie języka do nosa”. Badanie tego ruchu języka nie jest potrzebne podczas oceny sprawności aparatu artykulacyjnego, jak i nie jest potrzebne wykorzystywanie tego ruchu do ćwiczeń usprawniających (patrz Ostapiuk, Pluta-Wojciechowska 2013, pozycja znajduje się w bibliografii). Pan Magister nie komentuje tej próby języka, którą proponuje H. Rodak.

**METODOLOGIA BADAŃ.** Założenia metodologiczne badań zostały przedstawione w rozdziale 6.

*Problem badawczy, plan badań.* Sposób postawienia problemu badawczego oraz sposób przeprowadzenia badań budzi moje wątpliwości metodologiczne i etyczne. Główny problem badawczy sformułowany na stronie 84 brzmi: „czy wzbogacenie terapii logopedycznej dziecka z dyslalią funkcjonalną o metody ingerujące poprawia jej efektywność?” (wydruk: strona 84). Mam wątpliwości do tak postawionego problemu, będzie o tym mowa poniżej. Jako metodę badań Pan Magister wybiera eksperyment. Prowadzenie eksperymentów jest wyjątkowo trudną metodą badawczą i wymaga precyzyjnego określenia zmiennych zależnych, niezależnych, a także innych, które mogą wpływać na wyniki eksperymentu, dalej – starannego zorganizowania i zbudowania grup badawczych: eksperymentalnej i kontrolnej i wreszcie – zachowania pewnych zasad podczas prowadzenia eksperymentu. Te warunki badań nie zostały spełnione.

Badania dotyczyły efektywności metod ingerujących w porównaniu z efektywnością metod nieingerujących z wykorzystaniem 2 grup (patrz rozdział 6, 7, 8, 9). Mam wątpliwości dotyczące tak postawionego problemu. W praktyce **nie stosuje się bowiem tych metod rozłącznie**. Nieprecyzyjne są też kryteria kwalifikowania danego sposobu pracy do wyróżnionych grup metod ingerujących i nieingerujących. Definicja metod ingerujących i nieingerujących podana w rozdziale 6.2 jest dalece nieprecyzyjna (wydruk: strona 86 i dalsze). O jaki dotyk chodzi – w obrębie narządów mowy czy także o dotyk np. ręki dziecka podczas terapii? A jak zakwalifikować sytuację, gdy dziecko swoim palcem dotknie okolicy górnych dziąseł we własnej jamie ustnej lub wykona automasaż? Chociaż podział metod terapeutycznych na ingerujące i nieingerujące stosowanych w pracy z pacjentem z dyslalią jest **teoretycznie** możliwy, to w praktyce logopeda stosuje obie metody łącznie, co widać chociażby w stosowaniu autokontroli słuchowej, którą Pan Magister zalicza do metod nieingerujących, a która – niezależnie od chęci logopedy – jest wykorzystywana podczas pracy metodami ingerującymi (nie da się bowiem prowadzić terapii tak, aby dziecko nie



słuchało własnych wypowiedzi, chyba, że jest niesłyszące). Podobnie np. trudno jest wyłączyć odczytywanie mowy z ust podczas pracy metodami ingerującymi, ponieważ pacjent odbiera mowę innych w rozmaitych sytuacjach z wykorzystaniem różnych dróg, także wzrokowej, zarówno podczas terapii w gabinecie logopedy, jak i podczas rozmów z innymi osobami poza gabinetem, oglądając telewizję. Zresztą relacja z przeprowadzonego eksperymentu pokazała (zob. rozdział 9), że nie da się w praktyce rozdzielić tych metod. Będzie o tym mowa w dalszej części recenzji.

**Określenie zmiennych i wymiar etyczny.** Planując eksperyment należy rozważyć wszystkie zmienne, które oprócz zmiennej niezależnej mogą wpływać na wyniki eksperymentu. Jeśli przyjmiemy, że problem został sformułowany prawidłowo (a tak nie jest), to należy podkreślić, że w badaniach nie uwzględniono zmiennych, które mogą i z pewnością miały wpływ na wyniki badań.

Biorąc pod uwagę dobro dzieci, trudno mi zgodzić się z taką oto sytuacją: w grupie eksperymentalnej znalazły się losowo dobrane dzieci, które z założenia eksperymentu miały być poddane terapii logopedycznej z wykorzystaniem metod ingerujących. Z kolei w drugiej grupie były dzieci poddane terapii z wykorzystaniem metod nieingerujących. A zatem nawet, gdy logopeda dostrzegał potrzebę zastosowania względem dziecka innych metod terapii (niż przypisane danej grupie) nie mógł zmienić metod pracy z dzieckiem, gdyż tego wymagał eksperyment. A zatem dzieci nie otrzymywały stosownej dla siebie terapii. To nie jest etyczne, to nie jest także zgodne z zasadami postępowania badawczego. Nie można prowadzić badań z góry wiedząc, że mogą one być niekorzystne dla dzieci. Każda metoda terapii powinna być dopasowywana do możliwości pacjenta, na które składają się: objaw zaburzeń, patomechanizm wraz z ustaleniem przyczyn zaburzeń, cechy rozwoju psychomotorycznego określające sposób pracy. Nie można zatem serwować dziecku terapii, która nie jest dla niego odpowiednia (zastanawiam się, czy rodzice dzieci poddanych eksperymentowi byli świadomi, na czym polega eksperyment i czy wyrazili na to zgodę?).

Podział na metody ingerujące i nieingerujące jest jednym z możliwych teoretycznych podziałów. Różne podziały metod uwzględniają inne kryteria, np. metody oparte na preferencji modalności określonego typu, metody analityczne i metody syntetyczne. Są pacjenci, którzy preferują i lepiej reagują na bodźce słuchowe, a inni na wzrokowe, a jeszcze inni na bodźce kinestetyczne płynące z odczuwania doznań w torze głosowo-artykulatoryjnym. Podział na różne metody pełni rolę porządkującą, modelową i służy przede wszystkim



ukazaniu wachlarza możliwości, z których może korzystać logopeda. W kilku miejscach rozprawy Pan Magister wspomina o tym, że diagnozę trzeba uzupełniać podczas terapii. To słuszna uwaga. Bieżące monitorowanie przeżywanych podczas terapii trudności (także podczas wywoływania głóska) jest podstawową strategią dopasowywania metod terapii do pacjenta. Nie ma bowiem uniwersalnych metod wywoływania głóska, skuteczniejszych od innych. Metodę zawsze dopasowujemy do pacjenta a nie pacjenta do metody (zob. Pluta-Wojciechowska 2012, 2013).

Każdy pacjent ma swój oryginalny zestaw objawów, przyczyn zaburzeń (brak w pracy informacji, jaki rodzaj dysfunkcji i/lub parafunkcji występował u dzieci) i także, takie właściwości jak np. wrażliwość na modalności określonego typu, zdolność do imitacji dźwięków mowy, podatność na sugestie, determinację w dążeniu do celu, cechy rozwoju psychomotorycznego implikujące także sposób pracy, cechy środowiska, który ma na niego wpływ. Efekt terapii jest zależny – mówiąc ogólnie – od czynników związanych z dzieckiem oraz od czynników zewnętrznych. Do czynników zewnętrznych należą co najmniej dwie kategorie właściwości: terapeuty (jego umiejętności doboru metod pracy, cechy jego osobowości, doświadczenie itp.) oraz inne osoby (np. rodzice zaangażowani w proces terapii, prowadzenie ćwiczeń w domu – brak informacji na ten temat). Po stronie terapeuty leży przede wszystkim dobór metod pracy, które są dopasowane do danego pacjenta. Ten podstawowy warunek w badaniach Pana Magistra nie został spełniony, gdyż dzieci nie miały szans na terapię dopasowaną do swoich możliwości. To nie jest etyczne i budzi mój sprzeciw. Będzie też mowa o tym w części recenzji zatytułowanej *Przebieg eksperymentu*.

Wątpliwości budzi też to, że Pan Magister nie informuje, kto prowadził badania logopedyczne diagnostyczne i kto prowadził 8 sesji terapeutycznych z dziećmi poddanymi eksperymentowi i w grupie kontrolnej. Pan Magister relacjonując te badania używa zwrotów „przeprowadzono”, „przyjęto”. Tę formę stosuje konsekwentnie pisząc o badaniach dotyczących metod ingerujących i nieingerujących. Informacja o tym, kto prowadził sesje terapeutyczne w obydwu grupach jest **istotna**, gdyż metodologia założonych badań zakłada badanie wpływu rodzaju metody na efekt terapii, a nie cech terapeuty. Jeśli terapię prowadziły różne osoby, to tym samym zostaje wprowadzona do badań jeszcze jedna zmienna, która w sposób istotny wpływa na efektywność terapii. W pracy nie ma jednak kluczowej informacji dla badań eksperymentalnych, a mianowicie, kto prowadził badania diagnostyczne i terapię w badanych grupach.



Zauważmy jednak, że z kolei pisząc o badaniach dziecięcego poczucia poprawności językowej Pan Magister często używa 1 osoby liczby pojedynczej, a zatem pisze: „usłyszałem”, „rozpocząłem” i wyraźnie zaznacza, że „Zebrany **przeze mnie** materiał to wynik rozmów z dziećmi...” (wydruk: strona 97, podkr. DPW). W tym przypadku informacja jest jasna i zrozumiała. Zauważmy jednak, że badanie dziecięcego poczucia poprawności językowej nie było głównym problemem badawczym (wydruk: strona 84).

Sposób przeprowadzenia eksperymentu z uwzględnieniem organizacji czasu opisany jest na stronie 94, gdzie czytamy: „W ramach eksperymentu przeprowadzono **osiem** sesji terapeutycznych (każda po **30 minut**), dwa razy w tygodniu w okresie **jednego miesiąca**” (wydruk: strona 94, podkr. DPW). A zatem eksperyment trwał jeden miesiąc (eksperyment nie mógł trwać kilka miesięcy, gdyż wtedy Autor musiałby wskazać jak często dziecko spotykało się z logopedą w ciągu kilku miesięcy). Można zatem dokonać następujących obliczeń:

- w eksperymencie brało udział 120 dzieci, każde miało w ciągu jednego miesiąca 8 spotkań, co łącznie daje 960 spotkań ( $120 \text{ dzieci} \times 8 \text{ spotkań} = 960 \text{ sesji terapeutycznych}$ );
- każda sesja trwała 30 minut, czyli wszystkie sesje wszystkich dzieci łącznie trwały 28 800 minut, a zatem 480 godzin zegarowych ( $960 \text{ spotkań} \times 30 \text{ minut} = 28\,800 \text{ minut}$ , czyli 480 godzin zegarowych); 480 godzin to zatem czas eksperymentu, który trwał 1 miesiąc (patrz cytaty powyżej ze strony 94 wydruku).

Oznacza to, że w każdym tygodniu czas trwania wszystkich sesji terapeutycznych prowadzonych z dziećmi wynosił 120 godzin (480 godzin zegarowych podzielone na 4 tygodnie). Tydzień liczy 5 dni roboczych, a zatem jeśli podzielimy 120 godzin przez 5 dni roboczych, to wychodzi, że badania musiałyby trwać przez cały tydzień (bez soboty i niedzieli) w dzień i w nocy. To jest niemożliwe, a zatem wysnuwam wniosek, że sesje terapeutyczne były prowadzone przez różnych logopedów. To nie jest prawidłowe ze względu na charakter zaprojektowanych badań, gdyż wprowadzona zostaje dodatkowa zmienna (osobowość, doświadczenie, umiejętności poszczególnych logopedów), która wpływa na wyniki badania. Brak informacji na ten temat.

**Dobór grup badawczych.** Dzieci do grup badawczych związanych z eksperymentem były dobierane losowo. W takim wypadku grupa wyjściowa, czyli ta, z której losowano dzieci do grupy eksperymentalnej i kontrolnej powinna być w miarę jednorodna. Pan Magister pisze, że badaniu były poddane dzieci z dyslalią obwodową funkcjonalną o patomechanizmie



endogennym (wydruk: strona 90). Ten typ dyslalii może mieć jednak różną postać. W pracy brak informacji, jaki obraz dyslalii funkcjonalnej endogennej prezentowały dzieci (czy były to dzieci z dysfunkcjami czy z parafunkcjami czy z dysfunkcjami i parafunkcjami? Jakiego typu były to dysfunkcje i parafunkcje?). Badacz nie podaje kryteriów i sposobu badania wybranych czynności prymarnych, czyli oddychania, połykania, żucia i gryzienia (Autor pisze o obserwacji podczas diagnozy – co i jak było obserwowane? droga, typ oddychania, pozycja głowy, żuchwy, warg czy języka?). W pracy nie znajdujemy danych na temat częstości występowania poszczególnych rodzajów dysfunkcji (oddychania, połykania, gryzienia, żucia) i parafunkcji (ssanie palca, ssanie języka, ssanie błony śluzowej policzka, obgryzanie paznokci itp.), a także stosowanych ewentualnie wcześniej metod postępowania medycznego. Zwróćmy uwagę, że rodzaj zaburzenia determinuje rodzaj utrwalonych wzorców biomechanicznych, które są wykorzystywane do artykulacji. Brak także uwag na temat środowiska rodzinnego dzieci, poziomu wykształcenia rodziców, zaangażowania rodziców w terapię itp.

Do eksperymentu nie zakwalifikowano dzieci z nieprawidłowościami anatomicznymi. Mój niedosyt budzi brak informacji na temat sposobu oceny wędzidełka języka. Trudno mi także uwierzyć, że aż tyle dzieci nie miało nawet drobnych anomalii anatomicznych lub wcześniej nie miało np. przecinanego wędzidełka języka, wycinanego migdałka gardłowego itp. Brak informacji na ten temat. Trudno mi sobie także wyobrazić, że dzieci z ssaniem palca (a takie mogły być w badanej grupie – brak informacji na ten temat) nie miały wady zgryzu (por. Proffit, Fields 2001, Rakosi, Jonas, Graber 1993, Karłowska 2008).

Dobór grup badawczych został przeprowadzony na podstawie m.in. badania artykulacji z uwzględnieniem kryterium ortoepicznego, estetycznego, wieku i medycznego (wydruk: strona 90, patrz przypis 88). Wątpliwości budzi zastosowanie kryterium oceny wymowy, które opisuje Pan Magister jako „**sluchowa** ocena zgodności realizowanych dźwięków z normą wymawianiową” (wydruk: strona 90, podkr. DPW). Przy czym Autor pisze też o kryterium **estetycznym** (wydruk: strona 90), które uwzględnia ocenę wzrokową, ale – zauważmy – dotyczy ona estetyczności wymowy (czyli tego, czy wymowa jest „ładna”, co zresztą tłumaczy Pan Magister dając jako przykład seplenienie międzyzębowe). Była o tym mowa w recenzji (część dotycząca teoretycznych podstaw badań). Na stronie 15 pracy Pan Magister pisze, że przyjmuje system fonetyczno-fonologiczny B. Ročlawskiego (1981). Z kolei na stronie 93 rozprawy Doktorant pisze: „Badanie wymowy za pomocą kwestionariusza



obrazkowego uwzględniało próby **wszystkich głosek polskich, bez względu na to, czy są one oddzielnymi fonemami czy też nie**” [Sołtys-Chmielowiec 2011, s. 72). Po co zatem Pan Magister przyjął system fonetyczno-fonologiczny B. Ročlawskiego? (wydruk: strona 15). Trudno mi uwierzyć, że Doktorant zbadał „wszystkie głoski polskie” (por. rozważania na temat wariantów realizacyjnych fonemu wynikających z kontekstu – Ročlawski, Szpyra-Kozłowska).

**Metody statystyczne.** Metody statystyczne opisane w rozdziale 6.4 wymagają komentarza. Pan Magister porównywał grupy małoliczne, gdyż liczba osób w ramach danego typu wady wymowy wynosiła 10 osób w grupie, gdzie stosowano metody ingerujące i 10 w grupie, w której stosowano metody nieingerujące. Pan Magister przyjął nietypową wielkość  $p < 0,08$  jako wskaźnik istotności statystycznej (wydruk: strona 96). A zatem rodzi się pytanie, dlaczego zastosowano tu taki wskaźnik? Tego Pan Magister nie wyjaśnia.

**Wyniki badań** są przedstawione w rozdziale 8. W pracy brak tabel źródłowych, które ukazałyby dane, na podstawie których sporządzono wykresy i obliczenia statystyczne. Autor prezentuje tylko wykresy i tabele z wynikami testów statystycznych.

Przyjęte poziomy utrwalania głoski (wydruk: strona 94) budzą wątpliwości, gdyż kontekst wywoływania głoski czy łatwość lub trudność w wymawianiu głoski w nagłosie, wygłosie, śródgłosie zależy od możliwości dziecka, a zatem objawu zaburzeń, patomechanizmu zaburzeń, cech rozwoju psychomotorycznego i innych czynników. Nie jest tak, że dla wszystkich dzieci wymówienie nowej głoski jest najłatwiejsze w izolacji, a następnie w nagłosie, dalej w śródgłosie i wygłosie. Znam wiele dzieci, którym łatwiej jest wymówić nową głoskę w wygłosie niż w izolacji. Zresztą Pan Magister wspomina o tym na stronie 94, przypis 96. Nie można zatem stanowić poziomów utrwalenia głoski takich samych dla wszystkich dzieci (zob. Pluta-Wojciechowska 2012, 2013, publikacje J. Cieszyńskiej, która preferuje wywoływanie głosek w sylabach). Pacjenci są różni, a dzieci biorące udział w badaniach nie były poddane dodatkowym testom związanym z preferencją pozycji, w której należałoby wywoływać głoskę.

Z uwagi na nieprawidłową metodologię badań (wadliwie postawiony problem badawczy, brak uwzględnienia zmiennych, które wpływały na przebieg i wyniki eksperymentu) wnioski płynące z badań są nieprawdziwe. Jeśli nawet przyjmiemy, że metodologia badań jest prawidłowa (a nie jest), to sposób prowadzenia eksperymentu opisany w rozdziale 9 (patrz mój komentarz na ten temat poniżej) nie upoważnia Pana Magistra do





wysnuwania wniosków na temat efektywności metod ingerujących i nieingerujących, o jakich czytamy w dysertacji.

**Przebieg eksperymentu.** W rozdziale 9 Autor przedstawia sposób postępowania w poszczególnych grupach badawczych podczas prowadzenia eksperymentu, któremu były poddane dzieci, a zatem w grupie objętej terapią z wykorzystaniem metod ingerujących i w grupie objętej terapią z wykorzystaniem metod nieingerujących. Każda sesja terapeutyczna trwała 30 minut, a na każdej z nich oprócz zajęć terapeutycznych przeprowadzano ocenę poziomu opanowania głoski (wydruk: strona 95, przypis 97). Zastanawiam się zatem, ile czasu trwała terapia oraz czy prowadzono konieczne w przypadku dyslalii funkcjonalnej ćwiczenia zaburzonych funkcji biologicznych (dzieci miały zdiagnozowaną dyslalię funkcjonalną). Brak informacji na ten temat.

**Wywołanie [k].** Opisując metodę ingerującą stosowaną do wywołania [k], Autor nie podaje rodzaju polecenia kierowanego do dziecka, a wskazuje na przesunięcie języka w kierunku tylnym (wydruk: strony 134-137). Jeśli polecenie brzmiało np. *Powiedz [k]* (lub *Powiedz [ko]*), a dziecko – przypomnijmy – realizowało fonem /k/ w sposób zębowy, czyli w konwencji J. Kani /k/→[t] (wydruk: strona 89), to w istocie została wykorzystana metoda przekształceń fonetycznych (jedna z wyróżnionych metod nieingerujących) w połączeniu z metodą mechaniczną (tu nazywaną ingerującą). Czyli w odniesieniu do dzieci objętych terapią z wykorzystaniem metod ingerujących zastosowano połączenie metod ingerujących i nieingerujących. Co więcej, podczas terapii dziecko posługiwało się także autokontrolą słuchową, co – zauważmy – Autor zalicza do metod nieingerujących. A zatem wyniki badań budzą wątpliwości ze względu na sposób przeprowadzenia eksperymentu (jeśli przyjmiemy, że problem badawczy został postawiony prawidłowo – a tak nie jest). Podkreślmy, że autokontrola słuchowa (zaliczana przez Pana Magistra do metod nieingerujących) jest obecna podczas pracy zarówno metodami ingerującymi, jak i nieingerującymi.

**Wywołanie [l].** Wywołanie głoski [l] opisywane przez Autora (wydruk: strony 138-140) nie pozwala na precyzyjne określenie, czy była ona wywoływana w izolacji czy w sylabie otwartej lub zamkniętej. Jeśli w sylabie, to w jakiej – otwartej czy zamkniętej? Czy też „rama wywoływania głoski” (kontekst fonetyczny lub jego brak) była dopasowywana do dziecka? Jeśli wywoływano głoskę [l] w wygłosie (a tak jest łatwiej niektórym dzieciom), to czy uwzględniano to w sprawdzaniu poziomu utrwalenia głoski za pomocą przyjętych poziomów utrwalania głoski (wydruk: strona 94). Brak informacji na ten temat w rozprawie. Takie



wątpliwości są zasadne w świetle uwag Pana Magistra zawartych na stronie 94 (przypis 96), gdzie czytamy: „Nie należy zapominać, że w terapii logopedycznej zdarzają się **odstępstwa** od reguł metodycznych. Niejednokrotnie spotkałem się z pacjentami, którzy **zdecydowanie lepiej** utrwalali głoskę [k] w wygłosie niżeli w nagłosie wyrazów, stąd wyraźna potrzeba czujności terapeuty mowy na potrzebę ewentualnej modyfikacji przyjętego planu pracy” (wydruk: strona 94, przypis 96, podkr. DPW).

Praca nad szeregiem głosek zębowych dentalizowanych. Terapia logopedyczna dotyczyła dzieci, które realizowały fonemy zębowe dentalizowane w sposób międzyzębowy. Były to odróżniające się od siebie ze względu na objaw dwie grupy dzieci: 1. dzieci, u których występowała międzyzębowa realizacja fonemów przedniojęzykowo-zębowych dentalizowanych, przy prawidłowo realizowanych fonemach przedniojęzykowo-dziąsłowych i środkowojęzykowych dentalizowanych oraz 2. dzieci, które realizowały fonemy przedniojęzykowo-zębowe i przedniojęzykowo-dziąsłowe w sposób międzyzębowy (wydruk: strona 141).

Uwagę zwraca zastosowanie „płytki przedsionkowej stymulującej prawidłową pozycję spoczynkową języka i zwarcie zębowe” (wydruk: strona 142). Nie wiadomo (Autor tego nie wyjaśnia), czy płytka w grupie A (dzieci objęte terapią z wykorzystaniem metod ingerujących) była stosowana do wywoływania głosek czy też dziecko korzystało z tej płytki także w innych sytuacjach, co zmienia warunki eksperymentu. W grupie metod nieingerujących uwagę zwraca zalecane dzieciom „szybkie wymawianie połączenia [ts] aż do uzyskania zwania” (wydruk: strona 143). Jeśli stosowano tę technikę w przypadku wywoływania [c] jako pierwszej z szeregu syczącego, to jest to wątpliwa metoda, gdyż realizacja fonemu /s/ jest międzyzębowa. Przeglądając katalog technik w metodach nieingerujących dotyczących pracy nad głoskami zębowymi dentalizowanymi zwróciłam uwagę na np. następujące: „tworzenie rurki z języka w celu uzyskania symetrycznej artykulacji (przepływu powietrza przez jego środkową część), przekształcanie języka-łopaty w język-grot” (wydruk: strona 143, fotografie strona 9-15). Jako naukowiec i praktyk nie mogę zrozumieć, jaki jest związek tych ćwiczeń z głoskami zębowymi dentalizowanymi. Wręcz uważam je za szkodliwe w przypadku międzyzębowej realizacji fonemów zębowych dentalizowanych. To, że takie ćwiczenia są przepisywane w rozmaitych opracowaniach nie zwalania Doktoranta od zadania sobie pytania: jaki jest związek tych ćwiczeń z realizacją



fonemów zębowych dentalizowanych? Jaki jest związek tych ćwiczeń z przyczyną/przyczynami wadliwej realizacji fonemów zębowych dentalizowanych?

Uwagę zwracają dzieci, u których nie zdołano wywołać żadnej głoski przez 8 zajęć, zarówno w grupie A, jak i grupie B. Oznacza to, że – najprawdopodobniej – nie dopasowano metody do pacjenta, a poddawano dzieci działaniom podporządkowanym badaniom, a nie ich własnemu dobru. Pan Magister pisze, że w przypadku głoski [c] „bardzo często obserwowano trudność w wymowie osiągniętego dźwięku w sylabach czy wyrazach” i dalej, że „[...] w przypadku korekcji deformacji wyższość skuteczności metod ingerujących nad nieingerującymi nie jest już tak wyraźna jak w pozostałych grupach” (wydruk: strona 145). Obserwacja Pana Magistra dotycząca trudności w wymowie w sylabie wywołanej w izolacji głoski [c] jest zrozumiała w świetle takiego oto oglądu tej sytuacji: jeśli logopeda po wywołaniu [c] w izolacji proponował dzieciom wymówienie sylaby otwartej z głoską [c], to rzeczywiście mogło to być dla wielu dzieci nieosiągalne (brak uwag na ten temat w pracy). Łatwiejsza dla nich mogła być sylaba zamknięta lub śródgłos. Stąd przyjęte przez Pana Magistra poziomy utrwalenia głoski nie odzwierciedlają faktycznych możliwości dzieci. Warto przypomnieć, że metodę dopasowujemy do tego a nie innego pacjenta. Metoda do pacjenta, a nie pacjent do metody. Postawa Pana Magistra dziwi, gdyż Autor pisze: „[...] każda nowo wykorzystywana technika wywoływania lub korygowania głoski powinna być zarówno głęboko zakorzeniona w znajomości rozwoju mowy dziecka, jaki i **dopasowana do rodzaju nieprawidłowości**” (wydruk: strona 24, podkr. DPW).

Kolejna uwaga wiąże się z wywoływaniem głosek zębowych dentalizowanych w przypadku międzyzębowej realizacji fonemów zębowych i dźwiękowych dentalizowanych występujących u jednego dziecka. Z zamieszczonych w pracy komentarzy (wydruk: strona 140-145) wynika, że rozpoczynano pracę od szeregu zębowego dentalizowanego, co według mnie jest błędem. W takim przypadku, korzystając z metody kontrastu, zazwyczaj wywołuje się jedną z szeregu głosek dźwiękowych dentalizowanych. Powodem zastosowania takiej strategii jest analiza objawu i patomechanizmu zaburzenia, co oznacza konieczność wyboru sekwencji terapii głosek – rozwojowej lub terapeutycznej (zob. Pluta-Wojciechowska 2008, 2012, 2013).

Praca w przypadku parasygmatyzmu i pararotacyzmu. Zwraca uwagę zdanie: „Najważniejsze metody nieingerujące, **będące wsparciem dla metod ingerujących**, a podstawą w grupie kontrolnej, to ...” (wydruk: strona 147, podkr. DPW). Oznacza to, że dzieci poddane terapii



metodami ingerującymi korzystały także z metod nieingerujących, a zatem miały większą szansę osiągnięcia sukcesu, gdyż korzystały z dwóch dopełniających się w gruncie rzeczy metod. Pan Magister potwierdza to zresztą pisząc: „Największą skutecznością w obrębie metod ingerujących wykazał się masaż wibracyjny aparatem do korekcji rotacyzmu oraz potrącanie wędzidelka podjęzykowego palcem lub szpatułką. Warto jednak podkreślić, że **warunkiem prawidłowego wykonania ćwiczenia była umiejętność artykulacji wariantu dźwiękowego głosek [t, d]**” (wydruk: strona 151, podkr. DPW, patrz też strona 188). A zatem dzieci objęte eksperymentem w grupie A korzystały z tzw. metod ingerujących i nieingerujących, co jest sprzeczne z przyjętymi założeniami metodologicznymi Pana Magistra (które zresztą są błędne, o czym była już mowa wcześniej). Dzieci z grupy A eksperymentalnej uzyskały zatem lepsze wyniki terapii, gdyż korzystały nie tylko – jak to zakładał Pan Magister – z metod ingerujących, ale także z nieingerujących. Nie da się bowiem w praktyce pracować tylko jedną grupą metod z wyróżnionych przez Pana Magistra.

Terapia w przypadku pararotacyzmu opisywana jest z uwzględnieniem ćwiczeń przygotowujących i samej procedury wywoływania głoski. Trudno zrozumieć zasadność niektórych ćwiczeń np. „potrącanie **wędzidelka podjęzykowego** palcem lub szpatułką podczas artykulacji wariantu dźwiękowego głoski [d] oraz głoski [ż]” (wydruk: strona 150, podkr. DPW). Pragnę zwrócić uwagę, że należy potrącać apeks, a nie wędzidelko języka (zwane przez Pana Magistra wędzidelkiem podjęzykowym) – wszak ma wibrować apeks. Co więcej, w przypadku nawet nieznacznej ankyloglosji potrącanie wędzidelka języka może prowadzić do dyskomfortu lub nawet bólu. Nie wolno w taki sposób przeprowadzać tego ćwiczenia, chociaż w taki sposób jest ono opisywane w literaturze. Konieczna jest własna refleksja, jeśli powtarzamy czyjeś poglądy. Opisane kiedyś błędnie ćwiczenie jest powtarzane w wielu publikacjach. To wielka bolączka logopedycznego rynku wydawniczego w odniesieniu do dyslalii. Nie zwalnia to Doktoranta od własnej refleksji.

**PODSUMOWANIE.** Przedłożona do recenzji rozprawa nie spełnia warunków stawianym dysertacjom doktorskim. Opisane badania są nieprawidłowo zaprojektowane pod względem metodologicznym, a zatem wnioski są nieprawdziwe i nie mają wartości poznawczej. Przy czym nawet, jeśli przyjmiemy, że problem badawczy jest prawidłowo postawiony (a tak nie jest), to sposób przeprowadzenia badań jest nieprawidłowy, a zatem także wnioski są nieprawdziwe. Badania budzą też wątpliwości etyczne. Teoretyczne podstawy diagnozy i terapii dyslalii opierają się na wielu nieaktualnych – w świetle



najnowszych doniesień – poglądach badaczy zajmujących się tym zagadnieniem (np. sposób badania, opisu i interpretacji zaburzeń realizacji fonemów, w szczególności w przypadku dzieci). Autor nie odnosi się do tych najnowszych ustaleń nawet w polemice. Pan Magister głównie przytacza czyjeś poglądy na temat dyslalii, ale ich nie komentuje, nie podejmuje dyskusji. Kluczowa dla prowadzonych badań relacja, jaką jest fonem a głoska i jej badanie oraz opis w logopedii, a także interpretacja w kontekście przyjętego systemu fonetyczno-fonologicznego B. Rocławkiego są przedstawione w sposób powierzchowny i niepełny. Rozdział 10 budzi wiele zastrzeżeń. Praca nie nadaje się do publikacji.

#### **KONKLUZJA**

Z przykrością stwierdzam, że przedłożona mi do recenzji rozprawa doktorska Pana mgr. Jakuba Skrzeka nie spełnia wymogów stawianych dysertacjom doktorskim. Wnoszę o niedopuszczenie jej Autora do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

  
dr hab. prof. UŚ Danuta Pluta-Wojciechowska

