

Rafał Młyński

Uniwersytet Jagielloński w Krakowie

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9069-0612>

e-mail: rafal.mlynski@uj.edu.pl

„Porozumienie terapeutyczne” między dwujęzycznym logopedą a dwujęzycznym dzieckiem. Interakcja w perspektywie analizy konwersacyjnej i tematycznej

“A therapy agreement” between a bilingual speech therapist and a bilingual child: their interaction in the perspective of conversation and thematic analysis

Abstrakt

Praca dotyczy zagadnienia, które w literaturze zagranicznej jest wiązane z pojęciem dyskursu klinicznego (ang. *clinical discourse*). W jego ramach bada się m.in. rozmowy logopedów z pacjentami/klientami, prowadzone głównie w trakcie postępowania terapeutycznego. Analizowane są dialogi określane mianem *small talk*. Poszukiwać w nich można językowych sposobów tworzenia się porozumienia terapeutycznego, czyli relacji między logopedą a pacjentem/klientem, opartej na zrozumieniu i zaufaniu. Zaprezentowane badanie również dotyczy tego zagadnienia, widzianego z perspektywy rozmów przed diagnozą logopedyczną i w jej trakcie. W badaniu wzięły udział bilingwalne osoby, tzn. polsko-amerykański logopeda oraz dzieci polonijne. Ich rozmowy przeanalizowano z użyciem analizy konwersacyjnej oraz tematycznej. Wykorzystanie tych metodologii pomogło wykazać mikrostrategie oraz tematy rozmów, które wystąpiły podczas dialogów logopedy z dziećmi. Omówiono również wpływ sytuacji dwujęzyczności na kontakt terapeutyczny i uczniów.

Słowa kluczowe: dwujęzyczność, logopedia, porozumienie terapeutyczne, analiza konwersacyjna, analiza tematyczna, dyskurs kliniczny

Abstract

In literature of the subject, the issue discussed in the article is associated with the concept of clinical discourse. The study examines, among other matters, conversations between speech therapists and their patients/clients conducted mainly during therapeutic procedures. The focus is on ‘small talk’ conversations. They include linguistic ways of creating a therapeutic bond, i.e. a relationship between the speech therapist and the patient/client based on understanding and trust. The presented study also addresses this

issue as seen from the perspective of conversations before and during speech therapy diagnosis. The study involved bilingual people, i.e. a Polish-American speech therapist and children from the Polish diaspora. Their conversations were scrutinised using conversation and thematic analysis. The use of these methodologies helped to demonstrate micro-strategies and conversation topics that occurred during the speech therapist's conversations with the children. The influence of bilingualism on the contact between them was also considered.

Keywords: bilingualism, speech-language therapy, therapeutic agreement, conversation analysis, thematic analysis, clinical discourse

1. Dyskurs kliniczny jako pole badawcze na styku lingwistyki i logopedii

Prace polskich językoznawców zawierają różne ujęcia definicyjne dyskursu. Według Stanisława Grabiasa jest to „ciąg zachowań mownych, których postać zależy od tego, kto mówi, do kogo, w jakiej sytuacji i w jakim celu” (Grabias 1994: 231). Natomiast Janina Labocha proponowała, aby dyskurs usytuować między systemem językowym a jego realizacją w konkretnych aktach mowy. Postrzegany jest przez nią również jako norma i strategia zastosowana w procesie tworzenia tekstu, której podstawą są „wzorce społeczne i kulturowe, składające się na tę normę, a jej efektem tekst lub wypowiedź o określonych cechach gatunkowych” (Labocha 1996: 52; zob. też Labocha 2008). Ujęcia Grabiasa i Labochy lokują dyskurs na poziomie idealizacji. Podobne refleksje mieli również Ryszard Nycz (dyskurs jako typ praktyki społecznej o specyficznych kulturowo regułach – Nycz 2002: 41), Stanisław Gajda (dyskurs jako konstrukt osadzony w sytuacji – Gajda 2005: 13), Jerzy Bartmiński i Stanisława Niebrzegowska-Bartmińska (dyskurs jako konceptualizacja zdarzenia komunikacyjnego – 2009: 32), Maria Wojtak (dyskurs jako wzorzec zdarzenia komunikacyjnego – 2011: 71), Bożena Witosz (dyskurs jako kategoria modelująca zachowania społeczno-komunikacyjne – 2009: 67).

Pojęcie dyskursu klinicznego lokowanego w logopedii pojawia się w pracach Margaret Leahy (2004) oraz Leahy i Irene Walsh (2008; 2010). Leahy przytacza definicję dyskursu rozumianego jako „użycie języka pozostającego w relacji do społecznych, politycznych i kulturowych formacji (Jaworski, Coupland 1999). Ich celem jest analiza dyskursu skoncentrowanego wokół konwersacji – naturalnej, bez wcześniejszego zaplanowania wypowiedzi, gdy interakcja partnerów konwersacyjnych jest ich świadomym aktem, dokonywanym w ramach kulturowych i językowych praktyk uczestnictwa. Przedmiotem badania jest rozmowa między logopedą a pacjentem/klientem

doznającym trudności w zakresie komunikacyjnym i lub/funkcji prymarnych (ang. *talk-in-interaction*). W trakcie rozmowy dochodzi do negocjacji tzw. ról klinicznych.

Badania nad dyskursem klinicznym zostały zapoczątkowane w latach 70. XX w. przez Charlesa Van Ripera, bardzo ważną pracą okazała się też analiza Carola Pruttinga i współpracowników (1978), którzy wskazali na asymetryczną rolę logopedy w trakcie rozmowy z dzieckiem oraz wyróżnili typy wymian między nimi. Jak przekonują Leahy oraz Walsh, analiza dyskursu klinicznego pozwala na „wzrost świadomości na temat ról, jakie przyjmują uczestnicy terapeutycznej interakcji. Główną kwestią są pytania – jak te role są zdefiniowane i jak są negocjowane?” (Leahy, Walsh 2010: 99). Badaczki zwróciły także uwagę na konieczność dostrzegania wszystkich szczegółów rozmowy, dlatego obramowaniem metodologicznym może być analiza konwersacyjna (AK). Wykazały także, iż w rozmowach logopedy z pacjentem/klientem można doszukać się pewnych wzorców, np. budowania porozumienia terapeutycznego (ang. *rapport building, therapeutic alliance*), logopeda zwracający uwagę na deficyty (ang. *SLP as error maker*), logopeda jako ekspert (ang. *SLP as expert*) (Leahy, Walsh 2008: 232–236). Leahy i Walsh wskazały również główną ramę rozmów logopedy z dzieckiem, tzw. system RRE (ang. *request – response – evaluation*). Dominujący jest terapeuta, który zadaje pytania, moderuje rozmowę i dokonuje ewaluacji odpowiedzi dziecka (2008: 230).

2. „Porozumienie terapeutyczne” jako przedmiot badań

Edward Bordin zauważył, że proces terapeutyczny składa się z trzech elementów, tzn. celów (ang. *goals*), zadań (ang. *tasks*) oraz relacji między uczestnikami terapii (ang. *bond*). W psychoterapeutycznej literaturze przedmiotu podkreślane jest znaczenie relacji między pacjentem a terapeutą (Luborsky i in. 1983; Marziali 1984). W zakresie logopedii nazywana jest porozumieniem terapeutycznym (ang. *therapeutic alliance*) i definiowana jako „świadoma i aktywna współpraca między pacjentem a terapeutą” (Ackerman, Hilsenroth 2003) lub jako relacja oparta na zaufaniu, współpracy, komunikacji, empatii terapeuty, wspólnym zrozumieniu i szacunku (Cole, McLean 2003). Zjawisko porozumienia terapeutycznego było badane już w latach 70. XX w. Stech i współpracownicy skupili się na przeżyciach logopedów dotyczących zachowań ich klientów (1973). Według nich odpowiednie odpowiedzi, pozytywna motywacja i ogólna zgodność to czynniki wpływające na pozytywną relację terapeutyczną. Badani logopedzi zwrócili też uwagę, że negatywne

emocje klientów oraz ich niewystarczające kompetencje interpersonalne są sygnałami niepowodzenia w tworzeniu porozumienia terapeutycznego. Haynes i Oratio (1978) przeprowadzili badanie, odnosząc się do dorosłych klientów uczęszczających do logopedów. Zebrane dane wskazały, że pożądanymi cechami logopedów były znaczące umiejętności interpersonalne, objawiające się empatią, skupieniem na kliencie oraz poczuciem humoru. W innej, podobnej analizie badani podkreślali, że logopedzi powinni wyróżniać się asertywnością, elastycznością i pewnością siebie (Crane, Cooper 1983). Interesujące wyniki przyniosła praca Roberta Fourie (2009). Zaangażowane do badań osoby z zaburzeniami połykania przedstawiły swoje oczekiwania co do logopedy. Należały do nich: wyrozumiałość, erudycja, wzbudzanie inspiracji, pewność siebie, umiejętności łagodzenia trudności, praktyczne podejście i wzmacnianie.

Analizom poddana była również interakcja logopedy i pacjenta w trakcie terapii. Okazało się, że relacja oparta na podkreśleniu autorytetu logopedy jako eksperta i tym samym osłabienie sprawczości pacjenta może skutkować ograniczonymi postępami terapeutycznymi (Ferguson, Armstrong 2004, zob. też Simmons-Mackie, Damico 2011). Zagraniczne badania obejmują nie tylko terapie osób dorosłych, ale również dzieci. Anna Freud (1965) pisała w kontekście pediatrii o tym, że bliskość między lekarzem a dzieckiem jest jednym z warunków współpracy. W logopedii na to samo zwrócili uwagę Suzan Danger i Garry Landreth (2005). Innym ważnym czynnikiem w relacji między logopedą a dzieckiem jest poczucie bezpieczeństwa (Wright, Everett, Rotsman 1986). Eric J. Green i współpracownicy (2010) dowiedli także, że poczucie bezpieczeństwa może pomagać dziecku w przezwyciężaniu trudności w komunikacji. Stephen R. Shirk i Christopher C. Saiz (1992) wskazali również na znaczenie tego uczucia w zaangażowaniu dzieci w proces terapeutyczny. Konkludując, pojęcie porozumienia terapeutycznego jest polem badawczym wymagającym dalszych eksploracji, co potwierdzają Robert Fourie, Niamb Crowley i Ana Oliviera (2011: 311), a także Irene Walsh i Judith Felson Duchan (2010).

3. Analiza konwersacyjna

Analiza konwersacyjna pozwala znaleźć i opisać mikrostrategie konwersacyjne (Awidiejew 2005), które można uwzględnić (w całości lub fragmentcie) w badaniu interakcji. Poniżej są wymienione najistotniejsze z nich:

- a) *podejmowanie kolejek* (ang. *system turn taking*). Kolejka jest wypowiedzią jednego uczestnika rozmowy. Jest strukturalną, ponadzdaniową cechą konwersacji;
- b) *pary przyległe* (ang. *adjacency pairs*) tworzone przez sąsiadujące kolejki;
- c) *kolejność zabierania głosu* w tzw. „pierwszym możliwym miejscu zmiany” (ang. *first possible transition-relevance place*);
- d) *rozwijanie tematu* (ang. *first topic*), który przynajmniej dla jednego uczestnika jest ważny i stanowi uzasadnienie uczestnictwa w interakcji, oraz *punkt zwrotny* jako wypowiedź sygnalizująca przejście do innego tematu;
- e) *naprawy* (ang. *repairs*) jako reagowanie interlokutorów na problemy z produkcją, słyszeniem i rozumieniem (Rancew-Sikora 2007: 42–52; Frei 2012: 38–48).

Analiza konwersacyjna jest metodą szeroko opisywaną w literaturze anglojęzycznej (np. Hutchby, Wooffitt 2008; Sidnell, Stivers 2014), w polskiej można znaleźć jedynie kilka tytułów (np. Rancew-Sikora 2007; 2015; Frei 2012; Rapley 2010). W kontekście logopedycznym AK została wykorzystana przez wielu badaczy (np. Walsh 2007; Leahy, Walsh 2008; Abbas i in. 2022; Acton 2004). W badaniach nad bilingwizmem AK wykorzystał głównie Peter Auer, wyróżniając cztery wzorce przełączania kodów w ramach pragmatyki i tzw. podejścia sekwencyjnego (ang. *the pragmatics of code-switching in sequential approach*) (1995: 124–126). Pierwszy z nich zachodzi, gdy językiem konwersacji jest język A, po czym mówca 1 przełącza się na język B, co mówca 2 akceptuje i w tym języku kontynuowana jest rozmowa. Drugi jest wtedy, gdy mówca 1 używa języka A, mówca 2 używa języka B; po pewnym czasie rozbieżności mówca 2 przejmuje też język A i w nim jest dalsza rozmowa. Trzeci, gdy mówca 1 i 2 konsekwentnie używają obu systemów, natomiast czwarty – mówca 1 i 2 używają języka A, natomiast rejestrowane są wtrącenia z języka B.

4. Analiza tematyczna

Analiza tematyczna jest metodą jakościową (Damico, Simmons-Mackie 2003). W logopedii była zastosowana w różnych badaniach, np. problemu bilingwizmu logopedów (Collins 2016). Inne logopedyczne zastosowania analizy tematycznej to prace poświęcone afazji (Fama, Lemonds, Levinson 2022), jakanii (Douglass, Kennedy, Smith 2020) czy dotyczące rodzicielskich perspektyw: doświadczania autyzmu dzieci (Ludlow, Skelly, Rohleder 2012), wpływu decyzji rodziców na proces terapeutyczny (Wilson i in. 2021) oraz doświadczeń uczestnictwa w grupach wsparcia dla opiekunów dzieci

przejawiających zaburzenia uczenia się i zachowania trudne (Thompson-Janes i in. 2016). W polskiej literaturze logopedycznej analizę tematyczną wykorzystali Rafał Młyński i Anna Mroczek (2023) w badaniach opinii rodziców o dwujęzyczności polsko-szwedzkiej dzieci oraz roli logopedy w ich stymulacji językowej oraz samodzielnie Rafał Młyński (2023), eksplorujący świadomość logopedów w zakresie kształcenia językowego dzieci z doświadczeniem migracyjnym.

5. Dwujęzyczność a interakcja między klientem/pacjentem

W logopedycznej literaturze przedmiotu brak jest opracowań, które poruszałyby kwestię wpływu dwujęzyczności na proces terapeutyczny. Prace dotyczące tego zagadnienia dotyczą przede wszystkim terapii psychologicznej. Zakres takich publikacji jest dość szeroki, o czym świadczy systematyczny przegląd literatury Zahery Kapasi oraz Stephena Melliusha (2015). Opracowanie tych badaczy dotyczyło zjawiska przełączania kodów (ang. *code-switching*: CS) jako elementu relacji między klientem/pacjentem a psychologiem. Kapasi i Melliush wskazali, iż CS może być strategią wzmacniającą ich porozumienie oraz przyczyną szerszego ujawniania swojej osoby przez klienta/pacjenta (2015). Badania nad bilingwalnym kontekstem psychoterapii przeprowadził również Andres Perez Rojas z zespołem. Ich wyniki wskazały, iż terapeuta pozwalający przełączać się między kodami oceniany jest jako bardziej kompetentny w zakresie bilingwizmu, co może implikować jego bliższą relację z klientem/pacjentem (2013). Bick Nguyen przeprowadził wywiady fenomenologiczne, dotyczące m.in. doświadczeń bilingwalnych psychoterapeutów w pracy z bilingwalnymi klientami/pacjentami (2014). Badani stwierdzali, że dwujęzyczność stanowi szczególny aspekt więzi między uczestnikami terapii, może też doprowadzić do idealizacji terapeuty w oczach klienta/pacjenta. Z kolei problem w tej relacji może stanowić fakt pochodzenia psychologa i klienta/pacjenta z małej społeczności etnicznej, w której wszyscy się znają.

6. Metodologia badań własnych

W tej części pracy zostanie zaprezentowany przedmiot i cel badań, pytania badawcze i charakterystyka grupy dzieci objętych badaniem.

6.1. Przedmiot i cel badań

Przedmiotem badań są rozmowy, które przeprowadzał dwujęzyczny, polsko-amerykański logopeda z dwujęzycznymi dziećmi polonijnymi. Rozmowy odbywały się w dwóch różnych sytuacjach. Pierwsza rozmowa miała miejsce przed rozpoczęciem diagnozy sprawności narracyjnej w języku polskim, a druga – w jej trakcie. Za przedmiot niniejszej analizy można zatem obrać tzw. *small talk*, czyli „proces negocjacji, wzrastający w trakcie rozmowy, będącej istotnym elementem budowania relacji” (Coupland i in. 1992). Głównym celem badania jest identyfikacja mikrostrategii konwersacyjnych (za pomocą analizy konwersacyjnej) i tematów rozmów (za pomocą analizy tematycznej), które stosował logopeda w trakcie spotkań z dziećmi. To pole jest luką w polskich badaniach logopedycznych.

6.2. Pytania badawcze

W prezentowanej analizie skoncentrowano się na trzech pytaniach badawczych:

1. Jakie strategie konwersacyjne można zidentyfikować w wywiadach z dziećmi dwujęzycznymi?
2. Jakie tematy rozmów wykorzystał logopeda w celu wypracowania porozumienia terapeutycznego z dziećmi dwujęzycznymi?
3. Czy i jak bilingwizm logopedy oraz dziecka wpływał na przebieg rozmowy?

6.3. Grupa badawcza

Poddane badaniu dzieci (wiek 6–14 lat) to uczniowie polonijni, dwujęzyczni (polsko-angielscy), mieszkający w Chicago. Dzieci uczęszczały do amerykańskich szkół podstawowych, w soboty do szkół polonijnych w Chicago. Do pozyskania tzw. biografii językowych dzieci posłużył kwestionariusz LEAP (Marian, Blumenfeld, Kaushanskaya 2007), międzynarodowe narzędzie do pozyskiwania tego typu danych, używane w badaniach bilingwizmu (Kaushanskaya, Blumenfeld, Marian 2020). Niepełnoletni uczestnicy badań urodzili się w USA, w rodzinach polskich lub mieszanych (polska matka). Język polski był dla nich kodem pierwszym, angielski sekundarnym. Ze względu na stały pobyt w USA oraz amerykańską edukację angielski był dla dzieci językiem dominującym, funkcjonalnie pierwszym, natomiast polszczyzna miała status języka odziedziczonego, domowego. Uczestnikiem badania był zaangażowany również polsko-amerykański logopeda, posiadający certyfikat

klinicysty stanu Illinois. Specjalista miał duże doświadczenie w ewaluacji logopedycznej dzieci w Chicago posługujących się również językiem polskim. Nie znał dzieci przed badaniem, został jedynie poproszony o standardowe przeprowadzenie diagnozy sprawności mówienia w języku polskim. Rozmowy zatem nie były planowane, tylko swobodne i wynikające z pierwszego zetknięcia się specjalisty z dzieckiem.

Projekt badawczy uzyskał pozytywną opinię Komisji Etyki ds. Badań Naukowych przy Wydziale Polonistyki UJ.

7. Analiza materiału

7.1. Mikrostrategie konwersacyjne i mowa bilingwalna

Zebrane dane mówione zostały poddane analizie jakościowej przy wykorzystaniu metodologii analizy konwersacyjnej i tematycznej. W celu przejrzystości prezentacji materiału zdecydowano się zamieścić je w formie tabel i tekstu ciągłego.

W pozyskanym materiale językowym za pomocą metody analizy konwersacyjnej udało się wyodrębnić mikrostrategie komunikacyjne, typowe dla negocjacji ról między uczestnikami dialogu.

W pierwszej kolejności należy zauważyć, iż zdecydowana większość rozmów logopedy z dzieckiem dwujęzycznym miała **strukturę RRE**, czyli pytanie – odpowiedź – ewaluacja odpowiedzi. Przykładem takiego schematu jest rozmowa nr 1 (L – logopeda; pozostałe litery – dziecko):

- (1) L: co to jest?
E: taki:: necklace
L: taki necklace yhm (3.) lubisz go: ? m::

Ewaluację odpowiedzi E. stanowi powtórzenie odpowiedzi dziecka z niewerbalnym podkreśleniem (yhym). Zachowanie struktury RRE, również z powtórzeniem odpowiedzi dziecka można zobaczyć w przykładzie 2:

- (2) L: lubisz szybko biegać?
A: ja lubię biegać
L: lubisz biegać i >jesteś zawsze naj najszybszy< naj –

Warto też zwrócić uwagę, iż w obu przypadkach po powtórzeniu odpowiedzi dziecka pojawia się **strategia rozwijania tematu**, wyróżniana w analizach konwersacyjnych (w podanych przykładach to „lubisz go: ? m::” oraz „>jesteś zawsze naj najszybszy< naj –”). Struktura RRE oraz strategia rozwijania tematu pojawiła się w trzech wypowiedziach komplementarnych, stanowiących przykład numer 3:

- (3) L: robisz jakieś sporty?
 AM: mama chce mnie zapisać na basketball
 L: OOO::: bo dlatego a dlaczego (1.) na basketball?

Logopeda w rozmowach z dziećmi stosował nie tylko strategię rozwijania tematu, ale w celu podtrzymania komunikacji decydował się na jego **zmianę**, co można zauważyć w przykładzie 4:

- (4) L: czy on coś znaczy? (2.) co on oznacza?
 E: ze on świeci się (chyba ciemności)
 L: (2.) yhim:
 L: ja słyszałam że twoim ulubionym filmem (1.) je:::st
 E: star wars
 L: YHM! (3.) wiesz że ja nigdy nie oglądałam star wars? (2.) ile razy to oglądałeś?

Przykład 4 stanowi kontynuację dialogu z przykładu 1. Logopeda, widząc małe zaangażowanie chłopca w rozmowę (dziecko siedziało bokiem do dorosłego, nie patrzyło mu w oczy), zdecydował się na rozpoczęcie tematu jego ulubionego filmu. Taki ruch spowodował większą uwagę ucznia w rozmowie ze specjalistą.

W nawiązaniu do wątku o strukturze RRE można przytoczyć też przykład 5, w którym logopeda zadał pytanie, ale nie dokonał ewaluacji odpowiedzi dziecka, tylko skupił się na elemencie ubioru dziecka, bezpośrednio związanego z grupą muzyczną:

- (5) L: jakiej muzyki lubisz słuchać
 AM: nie wiem
 L: bo widzę chyba że masz Rolling Stones na: na koszul-
 L: >lubisz ich słuchać?< czy tylko masz taką koszulkę

W dalszym toku rozmowy logopeda nie uzyskał informacji, czy dziewczynka faktycznie lubi muzykę, jednak również dzięki zmianie tematu podtrzymał dialog z dzieckiem, co było jego celem.

W analizie konwersacyjnej wyróżniane są tzw. naprawy. W zebranych materiale również wystąpiły, np. w przykładzie 6:

- (6) L: a jaki jest Twój ulubiony przedmiot w szkole
 T: a:: (2.) wiem że tutaj y:: nie w tej szkole ale w: [K_1: w jakiegokolwiek szkole] a na przykład w mojej amerykańskiej a:: no (1.) na i y:: no ((stuka palcami w blat stołu)) (2.) malowanie?
 L: to możesz powiedzieć po angielsku
 T: y: arts

Jest to szczególna egzemplifikacja naprawy, ponieważ wiąże się bezpośrednio z dwujęzycznością chłopca T., opowiadającego o ulubionym przedmiocie, ale poszukującego w swoim repertuarze językowym rzeczownika „plastyka”.

Logopeda, widząc problem chłopca, sugeruje mu przełączenie kodu (*code-switching*), co ostatecznie skutkuje porozumieniem się terapeuty i ucznia. Podobna naprawa związana z bilingwizmem dziecka (w szczególności z niepełną kompetencją w języku polskim) zobrazowana jest przykładem 7:

- (7) L: a jak masz na nazwisko?
J: (6.) ((stuka palcem w butelkę))
L: what's your last name?
J: (2.) K. ((podaje pełne nazwisko))

W tej rozmowie również występuje zjawisko przełączania kodów, inicjatorem jest logopeda, który dokonuje całkowitej zmiany pytania na język angielski ze względu na prawdopodobne całkowite niezrozumienie pytania po polsku przez dziecko.

W innych konwersacjach logopedy z dzieckiem również występowało przełączanie kodów o charakterze wtrąceń, np.:

- (8) L: .hh ZABAWKI!? i jakie lubisz zabawki
EM: a::::takie crafty:

czy w przytoczonym wcześniej przykładzie 3:

- L: **robisz jakieś sporty?**
AM: mama chce mnie zapisać na **basketball**
L: OOO::: bo dlatego a dlaczego (1.) na **basketball**?

lub przykładzie 1:

- L: ja słyszałam że twoim ulubionym filmem (1.) je:::st
E: **star wars**
L: YHM! (3.) wiesz że ja nigdy nie oglądałam **star wars**? (2.) ile razy to oglądałeś

Przykład 3 przynosi także element mowy bilingwalnej, ale po stronie logopedy, którego pytanie „robisz jakieś sporty?” jest interferencją leksykalną¹ z języka angielskiego (doing any sports?).

7.2. Tematy

Zastosowana analiza tematyczna pozwoliła na wyodrębnienie głównych tematów, przewijających w rozmowach logopedy z dziećmi.

¹ Interferencja to „wszelkie odchylenia od reguł danego systemu języka lub normy językowej, które [...] mówiący językiem obcym popełnia, przyporządkowując określone reguły [...] do reguł innego systemu językowego” (Szulc 1984: 94).

Temat	Zastosowanie
Zainteresowania	L: ja słyszałam że twoim ulubionym filmem (1.) je::st E: star wars L: YHM! (3.) wiesz że ja nigdy nie oglądałam star wars? (2.) ile razy to oglądałeś? L: robisz jakieś sporty? AM: mama chce mnie zapisać na basketball L: OOO:: bo dlatego a dlaczego (1.) na basketball?
Preferencje – zabawki	L: .hh ZABAWKI!? i jakie lubisz zabawki EM: a::::takie <u>crafty</u>: L: WOW a który jest twój ulubiony piesek? R: y:: ten co gasi pożar L: O:: Marshall ta:k?
Preferencje – czynności	L: lubisz szybko biegać? A: ja lubię biegać L: lubisz biegać i >jesteś zawsze naj najszybszy< naj – L:A co co lubisz robić? Z: y: rysować i malować L: O::! To będziesz jakąś artystką? L: co lubisz robić? D: a: (0.5.) lego's L: m: a co lubisz z tymi – z tymi klockami Lego robić D: zbudować coś L: a lubisz malować kredkami? LP: tak L: co jeszcze lubisz robić? LP: uciąć (0.5) kalteczki! L: co lubisz oglądać? AM: a obojętnie L: obojętnie? Na youtube oglądasz czy na w telewizorze: AM: przeważnie youtube i netflix L: a o co lubisz oglądać na netflixie? AM: a różne takie popularne filmy L: A co lubisz Z.((imię)) robić? Z: Śpiewać L: .hh ŚPIEWAC? a jaka jest Twoja ulubiona piosenkarka lub piosenkarz? Z: ((cmoknięcie)) mam dużo.
Preferencje – kolory	L: A jaki jest Twój ulubiony kolor? E: Różowy L: tak właśnie myślałam! L: jaki jest twój ulubiony kolor? LP: a::: fioletowy L: fioletowy? °yhym dobrze°

Ubiór dziecka	L: °Masz piękne kolczyki° J: Dziękuję L: PIE::KNE już takie- to są takie gwiazdeczki: J: Yhym nowe są J: .hh NOWE:: ? widać od razu widać L: Ty to chyba motyle lubisz, co: ? AM: Nie: tylko jest tak że jest am: niebieski niebieski L: O::! To ty tak lubisz [M: tak] (0.5.) koordynować kolory
Szkola i edukacja dziecka	L: lubisz szkołę? D: Tak L: co najbardziej lubisz w szkole? D: a::: (4.) angielskiej czy polskiej? L: obojętnie D: a:: (2.) kiedy idziemy na polu? L: A co będziesz chciała robić na studiach? DB: Nie wiem jeszcze L: Nie wiesz jeszcze DB: Nie L: yhim. A będziesz chciała studiować tutaj czy w Polsce? DB: Tutaj L: Tutaj. I wiesz na jakim:: uniwersytecie? DB: ja chcę gdzieś koło gdzie jest ciepło L: co będziesz chciał robić po: szkole średniej? W: a::: studiować a::: gdzieś w uniwersytet nie wiem dokładnie co chcemy ale a: coś w matematyce L: O WOW! [W: chyba inżynierem] U:: L: a jaki jest Twój ulubiony przedmiot w szkole T: a:: (2.) wiem że tutaj y:: nie w tej szkole ale w: [L: w jakiegokolwiek szkole] a na przykład w mojej amerykańskiej a::: no (1.) na i y::: no ((stuka palcami w blat stołu)) (2.) malowanie?
Posiadanie zwierzęcia	L:Ty byś chciała mieć psa? (3.) L: A masz psa? J: Nie J: Ja lubie kotki [M::] ja bardziej L: Masz jakiegoś kotka? J: Nie L: Nie, a chciałabyś mieć kota? J: °tak° ((bardzo cicho)) L: mogę Ci pokazać takie inne z pieskiem L: wolisz z pieskiem? AM: ja mam pieska w domu L: .hh MASZ PIESKA W DOMU! Jak się nazywa Twój piesek

Jak wskazała analiza zebranego materiału, logopeda zastosował pięć głównych tematów rozmów z dziećmi, tj. zainteresowania, preferencje, posiadanie zwierzęcia, ubiór dziecka oraz refleksja o szkole i/lub dalszej edukacji. Temat preferencji był na tyle obszerny, iż można było w nim wyodrębnić podtematy – o zabawkach, ulubionych czynnościach i kolorach. Dzieci chętnie podejmowały rozmowę z logopedą. Z młodszymi uczniami dominowały rozmowy o ulubionych czynnościach, ze starszymi o szkole i ewentualnej przyszłej edukacji. Pomimo dominującego poziomu języka angielskiego wszystkie rozmowy odbywały się w języku polskim, dzieci swobodnie się nim posługiwały i starały się podtrzymywać ten język w komunikacji pomimo interferencji z języka angielskiego. Temat szkoły, zainteresowania, preferencji, ubioru pojawiał się w tzw. rozmowach wstępnych, przed rozpoczęciem diagnozy. Pojawienie się tematu posiadania zwierzęcia było podyktowane historią obrazkową, którą opowiadały dzieci.

8. Dyskusja

Przedstawiona powyżej analiza pozwala odpowiedzieć na postawione wcześniej pytania badawcze.

Ad 1: W rozmowach dzieci dwujęzycznych z logopedą dominowało zachowanie struktury RRE, która jest charakteryzowana jako dominująca dla konwersacji między terapeutą a dzieckiem (Leahy, Walsh 2008). Struktura RRE jest również przykładem relacji asymetrycznej między dorosłym a dzieckiem, o której wspomina w swojej pracy Eugenia Rostańska. Badaczka scharakteryzowała ją jako diadę konwersacyjną obciążoną wiedzą, władzą i prestiżem dorosłego (2010: 49). Logopedzie udawało się utrzymywać dziecko w rozmowie, minimalizować pojawienie się ewentualnych destrukcyjnych zachowań, co jest potwierdzeniem umiejętności zawodowych terapeutów. Taki typ współdziałania dorosłego i dziecka opisali w swoich badaniach John M. Panagos i Lynn S. Bliss (1990: 25). Rozmowy były budowane w oparciu o wymiany komplementarne, natomiast mikrostrategie konwersacyjne, jakie zarejestrowano w rozmowach to zmiana tematu, jego rozwijanie oraz naprawy (zob. Awdiejew 2005). Wszystkie zjawiska miały na celu podtrzymanie interakcji, niezbędne w tworzeniu porozumienia terapeutycznego.

Ad 2: Analiza tematyczna pozwoliła na określenie kilku kluczowych wątków, podejmowanych i inicjowanych przez logopedę. Terapeuta pytał o zainteresowania, ulubione czynności czy kolory. Był też baczny obserwatorem dziecka, dlatego inicjował rozmowę o elementach ubioru. Odwoływał się do bliższego doświadczenia dziecka (uczęszczanie do dwóch szkół) lub

tego dalszego (plany edukacyjne). W trakcie prowadzenia diagnozy między logopedą a dzieckiem wywiązała się rozmowa na temat posiadania zwierzęcia, do której bodźcem była historyjka obrazkowa.

Ad 3: W trakcie rozmów logopedy z dzieckiem zarejestrowano zjawiska typowe dla tzw. mowy bilingwalnej (Grosjean 2008). Było to przełączanie kodów (typ: wtrącenia, ang. *insertion*) z języka dominującego (angielski) do języka mniejszościowego, odziedziczonego (polski), obserwowane u dzieci (Muysken 1997; 2000). Wtrącenia były wyrazem słabszej kompetencji w polszczyźnie, zwłaszcza u dzieci. Interferencja gramatyczno-leksykalna z angielskiego na polski, zauważalna w wypowiedziach logopedy, może świadczyć o jego intencji dostosowania języka do możliwości dziecka. Obserwowane przełączanie kodów w niektórych przypadkach łączy się z konwersacyjnym zjawiskiem naprawy. Logopeda poprawiał nie tylko dziecko, tak jak w przytoczonych przykładach, ale sam naprawiał przełączaniem kodów swoją wypowiedź w przypadku, gdy dziecko nie rozumiało pytania w języku polskim. Motywacją logopedy do stosowania tych zabiegów była przypuszczalnie chęć podtrzymania i kontynuowania rozmowy z dzieckiem. Rozmowy logopedy z dziećmi kończyły się sukcesem – swobodna konwersacja wstępna sprzyjała zaangażowaniu dzieci w zadanie diagnostyczne i dalszą interakcję z terapeutą. W świetle powyższych wniosków można pokusić się o stwierdzenie, że porozumienie terapeutyczne w sytuacji klinicznej zostało osiągnięte dzięki luźnej rozmowie wprowadzającej (*small talk*). W literaturze przedmiotu podkreślane jest znaczenie tego typu konwersacji. Jednym z jej efektów jest zwiększanie pewności w mówieniu, szczególnie ważne w przypadku pacjentów z afazją (Horton 2006) czy osób w podeszłym wieku, zmagających się z przewlekłymi dolegliwościami, w tym komunikacyjnymi (Coupland 2000). Autor tekstu świadomy jest, że przedstawiona analiza stanowi pracę bardziej kazuistyczną. Jednak można ją potraktować jako zasygnalizowanie nowego pola badawczego, jakim jest komunikacja logopedy z dzieckiem i/lub osobą dorosłą. W eksploracji problemu przydatna okazała się analiza konwersacyjna czy tematyczna – metody słabo reprezentowane w polskiej literaturze przedmiotu (zob. Młyński, Mroczek 2023; Młyński 2023; Młyński i Majewska-Tworek 2024; 2024a).

9. Praktyczne implikacje badań

Wyniki analizy mogą stanowić przydatne wskazówki dla logopedów-praktyków. Jak wskazał autor niniejszej pracy, kluczowe jest zbudowanie porozumienia pomiędzy dzieckiem a terapeutą. Pozwala na to rozmowa

wstępna, którą kieruje dorosły tak, aby wytworzyła się pozytywna atmosfera spotkania i dziecko poznało logopedę jako osobę godną zaufania. Pomóc w tym mogą mikrostrategie konwersacyjne, takie jak zmiana i rozwijanie tematu oraz naprawa, podtrzymujące komunikację w sytuacji np. wycofania dziecka. Oprócz mikrostrategii istotną rolę mogą odgrywać również odpowiednio dobrane tematy rozmów, np. ulubiona zabawa, zainteresowania czy inne preferencje dziecka. Logopeda powinien też być baczny obserwatorem swojego niepełnoletniego klienta/pacjenta, co pozwoli na posłużenie się tematem ubioru lub kolorów. Biorąc pod uwagę fakt, że w polskich przedszkolach i szkołach jest wiele dzieci, dla których polszczyzna nie jest jedynym używanym językiem, warto zwrócić uwagę logopedom na zjawisko przełączania kodów. W ramach szkoleń zawodowych terapeuci powinni zostać zaznajomieni z tym zjawiskiem językowym, jego przykładami i funkcjami w komunikacji. Przydatnym zabiegiem byłoby stosowanie przez logopedę prostych zwrotów z języka pierwszego/drugiego dziecka, np. „cześć”, „jak się masz...”, „jak masz na imię?” czy „mam na imię...”. Z pewnością oznaczałoby to szacunek logopedy do dwujęzyczności dziecka, urozmaicenie konwersacji oraz chęć stworzenia pozytywnej i bezpiecznej atmosfery w trakcie sesji terapeutycznej.

Literatura

- Abbas I., Ahmed K., Habib M.A. (2022): *Conversation Analysis: A Methodology for Diagnosing Autism*. „Global Language Review” VII(II), s. 1–12.
- Ackerman S.J., Hilsenroth M.J. (2003): *A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance*. „Clinical Psychology Review” 23(1), s. 1–33.
- Acton C. (2004): *A conversation analytic perspective on stammering: Some reflections and observations*. „Stammering Research” 1(3), s. 249–270.
- Auer P. (1995): *The pragmatics of code-switching: A sequential approach*. [W:] *One Speaker, Two Languages*. Red. L. Milroy, P. Muysken. Cambridge, s. 115–135.
- Awdiejew A. (2005): *Strategie komunikacyjne*. „Acta Universitatis Lodziensis. Folia Litteraria Polonica” 7/2, s. 127–150.
- Bartmiński J., Niebrzegowska-Bartmińska S. (2009): *Tekstologia*. Warszawa.
- Cole M.B., McLean V. (2003). *Therapeutic relationships redefined*. „Occupational Therapy in Mental Health” 19(2), s. 33–56.
- Collins T. (2016): *A Thematic Analysis of Bilingual Speech-Language Pathologists*. New Hampshire.
- Coupland J. (2000): *Introduction: Sociolinguistic perspectives on small talk*. [W:] *Small talk*. Red. J. Coupland. Londyn, s. 1–25.
- Coupland J. i in. (1992): *“How are you?”: Negotiating phatic communion*. „Language in society” 21(2), s. 207–230.
- Crane S.L., Cooper E.B. (1983): *Speech-language clinician personality variables and clinical effectiveness*. „Journal of Speech and Hearing Disorders” 48(2), s. 140–145.
- Damico J.S., Simmons-Mackie N.N. (2003): *Qualitative Research and Speech-Language Pathology*. „American Journal of Speech-Language Pathology” 12, s. 131–143.

- Danger S., Landreth C. (2005): *Child-centred group play therapy with children with speech difficulties*. „International Journal of Play Therapy” 14(1), s. 81–102.
- Douglass J.E., Kennedy C., Smith K. (2020): *Speech-Language Therapy Experiences Across the Life Span of an Individual Who Covertly Stutters: A Thematic Analysis*. „Perspectives of the ASHA Special Interest Groups” 5, s. 1441–1453.
- Fama M., Lemonds, E., Levinson G. (2022): *The subjective experience of word-finding difficulties in people with aphasia: a thematic analysis of interview data*. „American Journal of Speech Language Pathology” 31(1), s. 3–11.
- Ferguson A., Armstrong E. (2004): *Reflections on speech-language therapists' talk: Implications for clinical practice and education*. „International Journal of Language and Communication Disorders” 39(4), s. 469–507.
- Fourie R., Crowley N., Oliviera A. (2011): *A qualitative exploration of therapeutic relationships from the perspective of six children receiving speech-language therapy*. „Topics in Language Disorders”. Vol. 31, nr 4, s. 310–324.
- Fourie R.J. (2009): *A qualitative study of the therapeutic relationship in speech and language therapy: perspectives of adults with acquired communication and swallowing disorders*. „International Journal of Language and Communication Disorders” 44(6), s. 979–999.
- Frei R. (2012): *Analiza konwersacyjna – zarys metody*. „Via Communicandi. Prace z Antropologii Komunikacji i Epistemologii Społecznej” nr 1, s. 35–51.
- Freud A. (1965): *Normality and pathology in childhood: Assessments of development*. Nowy Jork.
- Gajda S. (2005): *Tekst/dyskurs oraz jego analiza i interpretacja*. [W:] *Współczesne analizy dyskursu*. Red. M. Krauz, S. Gajda. Rzeszów.
- Grabias S. (1994): *Język w zachowaniach społecznych*. Lublin.
- Green E.J., Crenshaw D.A., Kolos A.C. (2010): *Counseling children with preverbal trauma*. „International Journal of Play Therapy” 19(2), s. 95–105.
- Grosjean F. (2008): *Studying bilinguals*. Oxford.
- Haynes W.O., Oratio A.R. (1978): *A study of clients' perceptions of therapeutic effectiveness*. „Journal of Speech and Hearing Disorders” 43(1), s. 21–23.
- Horton S. 2006: *A framework for description and analysis of therapy for language impairment in aphasia*. „Aphasiology”. Vol. 26, s. 528–564.
- Hutchby I., Wooffitt R. (2008): *Conversation analysis*. Cambridge–Malden.
- Jaworski A., Coupland N. (1999): *Perspectives on discourse analysis*. [W:] *The discourse reader*. Red. A. Jaworski, N. Coupland. Londyn, s. 1–37.
- Kapasi Z., Melliush S. (2015): *Language switching by bilingual therapists and its impact on the therapeutic alliance within psychological therapy with bilingual clients: A systematic review*. „International Journal of Culture and Mental Health” 8(4), s. 458–477.
- Kaushanskaya M., Blumenfeld H.K., Marian V. (2020): *The Language Experience and Proficiency Questionnaire (LEAP-Q): Ten years later*. „Bilingualism: Language and Cognition” 23(5), s. 945–950.
- Labocha J. (1996): *Tekst, wypowiedź, dyskurs*. [W:] *Styl a tekst*. Red. S. Gajda, M. Balowski. Opole.
- Labocha J. (2008): *Tekst, wypowiedź, dyskurs w procesie komunikacji językowej*. Kraków.
- Leahy M. (2004): *Therapy Talk: analyzing therapeutic discourse*. „Language Speech and Hearing Services in School” 35(1), s. 70–81.
- Leahy M., Walsh I. (2008): *Talk in interaction in the speech-language pathology clinic*. „Topics in Language Disorders”. Vol. 28, nr 3, s. 229–241.
- Leahy M., Walsh I. (2010): *Paying Attention to therapy discourse: identifying therapy processes and practice in talk about talk*. „Seminars in Speech and Language” nr 31(2), s. 98–110.
- Luborsky L. (1983): *Two helping alliance methods for predicting outcomes of psychotherapy: A counting signs vs. a global rating method*. „Journal of Nervous and Mental Disorders” 171(8), s. 480–492.

- Ludlow A., Skelly Ch., Rohleder P. (2012): *Challenges faced by parents of children diagnosed with autism spectrum disorder*. „Journal of Health Psychology” 17(5), s. 702–711.
- Marian V., Blumenfeld H.K., Kaushanskaya M. (2007): *The language experience and proficiency questionnaire (LEAP-Q): Assessing language profiles in bilinguals and multilinguals*. „Journal of Speech, Language, and Hearing Research” 50(4), s. 940–967.
- Marziali E.A. (1984): *Three viewpoints on the therapeutic alliance: Similarities, differences, and associations with psychotherapy outcome*. „Journal of Nervous and Mental Disease” 172(7), s. 417–423.
- Młyński R. (2023): *Świadomość logopedów w zakresie glottodydaktycznej perspektywy kształcenia językowego dzieci z doświadczeniem migracji*. „Acta Universitatis Lodziensis. Kształcenie Polonistyczne Cudzoziemców” 30, s. 337–351.
- Młyński R., Majewska-Tworek A. (2024): *Typy i funkcje przełączania kodu językowego (code-switching) w wywiadzie z dzieckiem bilingwalnym*. „Prace Językoznawcze” XXVI/2, s. 271–286.
- Młyński R., Majewska-Tworek A. (2024a): *Analiza konwersacyjna jako metoda badań logopedycznych w zakresie bilingwizmu polsko-obcego*. „Poradnik Językowy” 4, s. 78–91.
- Mroczek A., Młyński R. (2023): *Rozwój językowy dziecka oraz rola polskiego logopedy w warunkach dwujęzyczności polsko-szwedzkiej: opinie rodziców polonijnych (studia przypadku)*. „Poradnik Językowy” 5, s. 65–79.
- Muysken P. (1997): *Code-switching processes: alternation, insertion, congruent lexicalization*. [W:] *Language choices: conditions, constraints, and consequences*. Red. M. Pütz. Amsterdam–Philadelphia, s. 361–380.
- Muysken P. (2000): *Bilingual speech: a typology of code mixing*. Cambridge.
- Ngyuen B. (2014): *Identification: A qualitative study of the experiences of bilingual therapists with their monolinguals and bilingual clients*. „Psychodynamic Practice: Individuals, Groups and Organisations” 20(4), s. 340–355.
- Nycz R. (2002): *Literatura nowoczesna: cztery dyskursy*. „Teksty Drugie” nr 4, s. 35–46.
- Panagos, J.M., Bliss L.S. (1990): *Presuppositions for speech therapy lessons*. „Journal of Childhood Communication Disorders” 13(1), s. 19–28.
- Pérez Rojas A. i in. (2014): *To switch or not to switch: Inviting bilingual clients to switch languages in psychotherapy*. „Counselling Psychology Quarterly” 27(1), s. 55–74.
- Prutting C.A. i in. (1978): *Clinician-child discourse: Some preliminary questions*. „Journal of Speech, and Hearing Disorders” 43, s. 123–129.
- Rancew-Sikora D. (2007): *Analiza konwersacyjna jako metoda badania rozmów codziennych*. Warszawa.
- Rancew-Sikora T. (2015): *Opowiadanie w społecznym układzie stołu: analiza konwersacyjna spotkań rodzinnych*. „Studia Humanistyczne AGH”. T. 14, nr 1, s. 25–43.
- Rapley T. (2010): *Analiza konwersacji, dyskursu i dokumentów*. Przekład A. Gąsior-Niemiec. Warszawa.
- Rozstańska E. (2010): *Dziecko i dorosły w rozmowie*. Katowice.
- Shirk S.R., Saiz C. (1992): *Clinical, empirical, and developmental perspectives on the therapeutic relationship in child psychotherapy*. „Development and Psychopathology” 4(4), s. 713–728.
- Sidnell J., Stivers T. (red.) (2014): *The handbook of conversation analysis*. Malden.
- Simmons-Mackie, N., Damico, J.S. (2011): *Exploring clinical interaction in speech-language therapy: narrative, discourse and relationships*. [W:] *Therapeutic Processes for Communication Disorders*. Red. R.J. Fourie. Londyn, s. 35–52.
- Stech E.L. i in. (1973): *Client's reinforcement of speech clinicians: a factor-analytic study*. „ASHA” 15(6), s. 287–289.
- Szulc A. (1984): *Podręczny słownik językoznawstwa stosowanego*. Warszawa.

- Thompson-Janes E. i in. (2016): *Learning from the experts: a thematic analysis of parent's experiences of attending a therapeutic group for parents of children with learning disabilities and challenging behavior*. „British Journal of Learning Disabilities” 44, s. 95–102.
- Walsh I. (2007): *Small talk is “big talk” in clinical discourse*. „Topics in Language Disorders”. Vol. 27, nr 1, s. 24–36.
- Walsh I., Felson Duchan J. (2010): *Product and process depictions of rapport between clients and their speech-language pathologists during clinical interactions*. [W:] *Therapeutic processes for communication disorders*. Red. R. Fourie. Londyn, s. 69–82.
- Wilson M. i in. (2021): *A thematic analysis of influences on parents' autism intervention decisions*. „Research in Developmental Disabilities” 117, s. 1–10.
- Witosz B. (2009): *Dyskurs i stylistyka*. Katowice.
- Wojtak M. (2011): *O relacjach dyskursu, stylu, gatunku i tekstu*. „Tekst i Dyskurs – Text und Diskurs” nr 4, s. 69–78.
- Wright L., Everett F., Roisman L. (1986): *Experiential therapy with children*. Baltimore.