

Barbara Ostapiuk

Zakład Pedagogiki Specjalnej Uniwersytetu Szczecińskiego
Zakład Logopedii Akademii Pedagogiki Specjalnej im. M. Grzegorzewskiej w Warszawie

Rodzaje i jakość dźwiękowych realizacji polskiego fonemu /r/ w ankyloglosji

**Types and Quality of Sound Realization of Polish Phoneme /r/
among Individuals with Ankyloglossia**

Streszczenie

Przedmiotem własnych badań jest dźwiękowa realizacja polskiego fonemu /r/ u 210 osób ze skróconym wędzidełkiem języka. Celem badań jest uzyskanie odpowiedzi na pytanie: czy jakość wędzidełka języka oraz wiek osób ze skróconym wędzidełkiem mają związek z jakością i rodzajem dźwiękowych realizacji fonemu /r/. Jakość wędzidełka badano według własnej propozycji w pięciu pojedynczych ruchach języka, sposób wykonania dokumentując na fotografiach. Dźwiękowe realizacje polskiego fonemu /r/ (oceniane w bezpośredniej słuchowej i wzrokowej obserwacji) porównywano z opisanymi przez B. Rocławskiego głoskami normatywnymi i kwalifikowano jako: normatywne, nieznacznie, średnio lub znacznie pozanormatywne. Ponadto wśród pozanormatywnych realizacji wyróżniono: pozafonetyczne (głoski fonetycznie wadliwe w klasie /r/, tzw. deformacje), pozafonemowe (głoski w klasie /nie r/, tzw. substytucje), zerofonemowe (tzw. elizje), parafonemowe i mieszane.

Summary

The subject of own research is the sound realization of Polish phoneme /r/ among two hundred and ten individuals with short frenulum linguae (ankyloglossia). The aim of the research is an attempt to answer the question: are there any relations between the length of frenulum linguae and the age of individuals with short frenulum linguae with the quality and the kind of sound realization of phoneme /r/. The quality of frenulum linguae has been tested (according to own suggestion) throughout observation of the tongue position in five single movements (they have been illustrated with photographs). The sound realizations of Polish phoneme /r/ (being estimated immediately at the same time of visual and auditory observation) have been compared with nonnative sounds described by R. Rocławski and classified as: normative, slightly or medium or considerably non-normative. Moreover, the following realizations have been noticed among the non-normative ones: outside phonetically realizations (phonetically defective sounds in-group /r/, so-called: deformations), non-phoneme realizations (sounds in-group /non-r/, so-called: substitutions), zero-phoneme realizations (so called: elisions), para-phoneme realizations and mixed realizations.

I. PRZEDMIOT I CEL BADAŃ

Przedmiotem referowanych własnych badań jest dźwiękowa realizacja polskiego fonemu /r/ u osób ze skróconym wędzidełkiem języka.

Celem badań jest uzyskanie odpowiedzi na pytanie: czy jakość wędzidełka języka oraz wiek osób ze skróconym wędzidełkiem mają związek z jakością i rodzajem dźwiękowych realizacji fonemu /r/?

II. METODA BADANIA

Materiał zebrano od 210 polskojęzycznych pacjentów zakwalifikowanych do frenotomii języka. Ze względu na zróżnicowanie wieku badanych (najmłodszy: 2 lata 3 miesiące, najstarszy: 29 lat 6 miesięcy) wyróżniono grupy: do 4 roku życia, > 4 do 7 roku życia, > 7 do 14 roku życia, powyżej 14 roku życia. W celu wykluczenia innych czynników wpływających na jakość wymowy z grupy badawczej wyłączono osoby ze współwystępującymi: wadą słuchu, dysfunkcją słuchu fonemowego, upośledzeniem umysłowym, chorobą neurologiczną.

III. BADANIE WĘDZIDEŁKA JĘZYKA

Wędzidełko języka, zbudowane z tkanek miękkich i elastycznych, przy naciąganiu – wydłuża się, przy rozluźnianiu – skraca. Szczególnie wyraźnie widoczne jest naprężone wędzidełko (przy wykonywaniu językiem ruchów o maksymalnym zakresie, zwłaszcza z jednoczesnym opuszczeniem żuchwy). Czasem tworzy z błoną śluzową dolnej powierzchni języka gładką powierzchnię.

Jakość wędzidełka badano według własnej propozycji [Ostapiuk 1998; 2000; 2002] w pięciu pojedynczych ruchach języka (zob. ryc. 1), sposób wykonania dokumentując na fotografiach.

Podczas wykonywania ruchów powstają różne obrazy języka, wynikające:

- z położenia języka względem pozostałych części jamy ustnej (zakres ruchów);
- z położenia poszczególnych części języka względem siebie (kształt języka);
- z zależności ruchów języka od ruchów warg i/lub żuchwy;
- ze stopnia otwarcia jamy ustnej;
- z napinania wędzidełka języka – przy jego skrajnym naprężeniu powstają: anemizacja tkanek miękkich, wgłobienia na czubku języka (opisywane jako tzw. serduszko lub litera „V”), wgłobienia wzdłuż linii wędzidełka oraz ból lokalizowany przez pacjentów w miejscu przyczepów wędzidełka lub w okolicy dna jamy ustnej.

Wskaźnikami prawidłowej budowy wędzidełka języka (0 punktów) są następujące obrazy języka (zob. ryc. 1) przy wykonywaniu badanych ruchów:



„J I”

unoszenie szerokiego języka za górny łuk zębowy przy maksymalnym odwiedzeniu żuchwy

„J II”

unoszenie szerokiego języka na szpatułce za górny łuk zębowy przy maksymalnym odwiedzeniu żuchwy, wymuszające uniesienie grzbietu języka

„J III”

zakrywanie – przy swobodnie rozchylnych wargach i zębach – czerwieni górnej wargi grzbietową powierzchnią końcowej części szerokiego języka

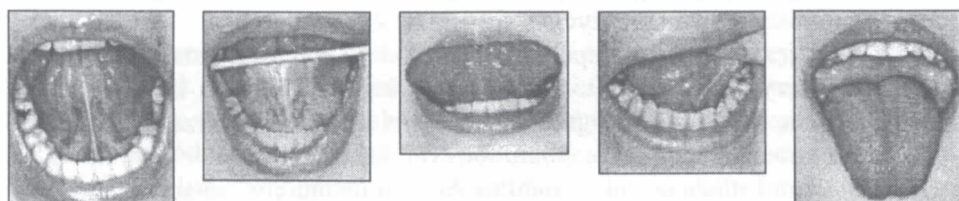
„J IV”

sięganie końcem języka (apexem) za ostatni ząb dolnego łuku zębowego

„J V”

wysuwanie języka na brodę przy maksymalnym odwiedzeniu żuchwy

Ryc. 1. Obrazy prawidłowej ruchomości języka w pięciu ruchach



„J I”

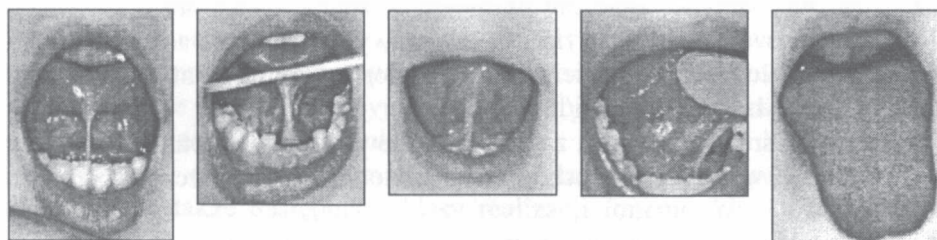
„J II”

„J III”

„J IV”

„J V”

Ryc. 2. Obrazy nieznacznego ograniczenia ruchomości języka w pięciu ruchach języka



„J I”

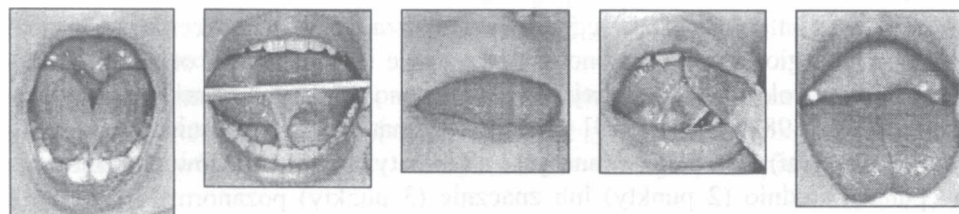
„J II”

„J III”

„J IV”

„J V”

Ryc. 3. Obrazy średniego ograniczenia ruchomości języka w pięciu ruchach języka



„J I”

„J II”

„J III”

„J IV”

„J V”

Ryc. 4. Obrazy znacznego ograniczenia ruchomości języka w pięciu ruchach języka

- „J I” – język swobodnie układa się szeroko od dna jamy ustnej, brzeg końcowej (apikalnej) części języka układa się szeroko za górnym łukiem zębowym, dolna powierzchnia języka jest dobrze widoczna, szeroka i niemal prostopadła do dna jamy ustnej przy maksymalnym opuszczeniu żuchwy;
- „J II” – język układa się szeroko od dna jamy ustnej, brzeg końcowej (apikalnej) części języka układa się za górnym łukiem zębowym, dolna powierzchnia języka jest dobrze widoczna, szeroka i niemal prostopadła do dna jamy ustnej przy maksymalnym opuszczeniu żuchwy, a wzniesienie grzbietowej powierzchni końcowej i środkowej części języka – wymuszone szpatułką poprzecznie ułożoną pod językiem – nie wpływa na obniżenie języka lub uniesienie żuchwy;
- „J III” – czerwień wargi górnej zakryta jest grzbietową powierzchnią końcowej części szerokiego języka, a brzeg języka w apikalnej części jest łagodnie owalny (niespiczasty, bez wgłobień apeksu, bez miejsc anemizacji w okolicy górnego przyczepu wędzidełka);
- „J IV” – język końcem (apeksem) swobodnie sięga za ostatni ząb;
- „J V” – język swobodny, symetryczny, z łagodną, owalną linią brzegową wysuwa się na brodę, na grzbiecie nie ma anemizacji, brzegi języka nie mają wgłobień.

Wskaźnikami nieznacznie (1 punkt), średnio (2 punkty), znacznie (3 punkty) skróconego wędzidełka języka są następujące odstępstwa (zob. ryc. 2-4) od opisanych obrazów języka:

- nieznacznie, średnio, znacznie ograniczony zakres ruchu i/lub
- nieznacznie, średnio, znacznie odmienny kształt języka i/lub
- naprężone wędzidełko języka ze współwystępującymi anemizacją na grzbietowej lub dolnej powierzchni języka oraz wgłobieniami (apeks, linia wędzidełka, brzeg języka) i/lub
- nieznaczna, średnia, znaczna zależność ruchowa języka od warg lub żuchwy (trudności z wykonaniem ruchów przy jednoczesnym opuszczeniu języka).

IV. BADANIE REALIZACJI FONEMU /r/

Dźwiękowe realizacje polskiego fonemu /r/ (tworzone przez badanych w mowie spontanicznej, następnie w powtarzanych na polecenie wyrazach, logotomach, głoskach oraz ponownie w mowie spontanicznej) oceniano w słuchowej i wzrokowej obserwacji. Porównywano je z opisanymi przez B. Roślawskiego [1983; 1986; 1989] głoskami normatywnymi (podstawowymi i niepodstawowymi) i kwalifikowano jako: normatywne (0 punktów), nieznacznie (1 punkt), średnio (2 punkty) lub znacznie (3 punkty) pozanormatywne.

Za normatywne uznawano dźwięki, w których cechy fonemu /r/ zrealizowane są w normatywnym zespole pozycji i ruchów oddechowo-fonacyjno-

-artykulacyjnych. Są to podstawowa głoska przedniojęzykowo-dziąsłowa [r] oraz warianty kombinatoryczne (np. bezdźwięczny w wyrazie *wiatr*).

Za pozanormatywne realizacje fonemu /r/ uznawano dźwięki, które brzmieniem i/lub budową artykulacyjną różnią się od przyjętego wzorca:

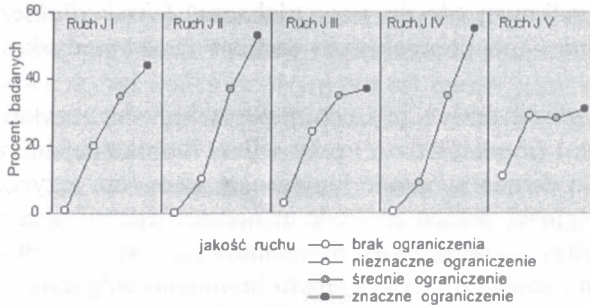
- *nieznacznie*: np. głoski drżące z nieznacznie obniżonym miejscem artykulacji (do zębów) (*dyspostentalność*), z nieznacznym przesunięciem języka od linii pośrodkowej (do drugiego sickacza) (*dysmedialność*), z nieznacznie doprzednim lub poprzecznym ruchem żuchwy, dyskretnie odmiennie brzmiące;
- *średnio*: np. głoski drżące ze średnim przesunięciem języka od linii pośrodkowej (do kła) (*dysmedialność*) przy wibracji apikalnej lub dorsalnej części języka, głoski drżące tworzone innym narządem (np. języczek, wargi) (*dysapikalność*), głoski drżące ze średnim obniżeniem miejsca artykulacji (nieznaczna międzyzębowość) (*dyspostentalność*), ze średnim doprzednim lub poprzecznym ruchem żuchwy, o innym brzmieniu wibracji (*dyswibracyjność*); wydłużenie wibracji przy opuszczonej żuchwie jest utrudnione;
- *znacznie*: np. zamiast wibracji szczelina lub zwanie (*awibracyjność*), przewężenie typu samogłoskowego lub tylna szczelina identyfikowana z [ch], pośrodkowa szczelina przypominająca [j], boczna szczelina przy medialnym lub dysmedialnym położeniu języka – identyfikowana z [l], zwanie, np. dziąsłowe lub zębowe (*dyspostentalność*), apikalne lub dorsalne (*dysapikalność*), przypominające głoskę [d], znacznie obniżone miejsce artykulacji (wyraźnie widoczna międzyzębowość) (*dyspostentalność*), znaczne przesunięcie języka od linii pośrodkowej (do pierwszego zęba przedtrzonowego i dalej) (*dysmedialność*) przy zachowanej wibracji, znacznie doprzedni i/lub poprzeczny ruch żuchwy, zdecydowanie odmienne brzmienie głoski wibracyjnej (*dyswibracyjność*), trudności z wydłużeniem dźwięku [zob. Ostapiuk 1997].

Zc względu na relacje pomiędzy fonetycznymi i fonemowymi cechami wyodrębniono także następujące klasy realizacji fonemu /r/:

- *realizacje normatywne*: głoski fonetycznie normatywne w klasie /r/;
- *realizacje pozafonetyczne*: głoski fonetycznie wadliwe w klasie /r/, np. r języczkowe;
- *realizacje pozafonemowe*: głoski w klasie /nie r/, np. [lak] zamiast [rak];
- *realizacje zerofonemowe*: szczególnie rodzaj realizacji pozafonemowej – tzw. zero fonetyczne;
- *realizacje parafonemowe*: paragłoski fonemowo niejednoznaczne, np. dźwięk pomiędzy głoskami [r] – [l] – [ł];
- *realizacje mieszane*: u jednej osoby różne realizacje [Ostapiuk 1997].

V. WYNIKI BADAŃ

Badani każdy ruch wykonują najczęściej ze znacznym (od 31% ruch J V do 55% ruch J IV) lub średnim (od 28% ruch J V do 37% ruch J II) ograniczeniem, a prawidłowe wykonania są nieliczne (zob. ryc. 5).



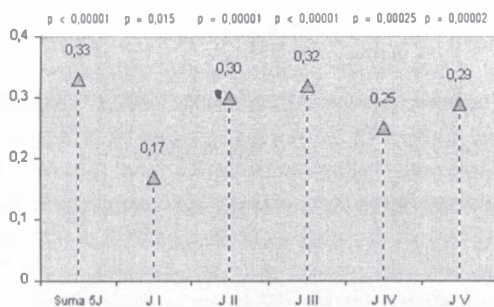
Ryc. 5. Ruchy języka u 210 badanych (według jakości)

W sumie za pięć badanych pojedynczych ruchów języka (min. = 0 punktów, max = 15 punktów) ponad połowa badanych (56%) uzyskała więcej niż 10 punktów, mniej niż połowa badanych (40%) mieści się w przedziale > 5 do 10 punktów, a tylko nieliczni (4%) – w przedziale do 5 punktów.

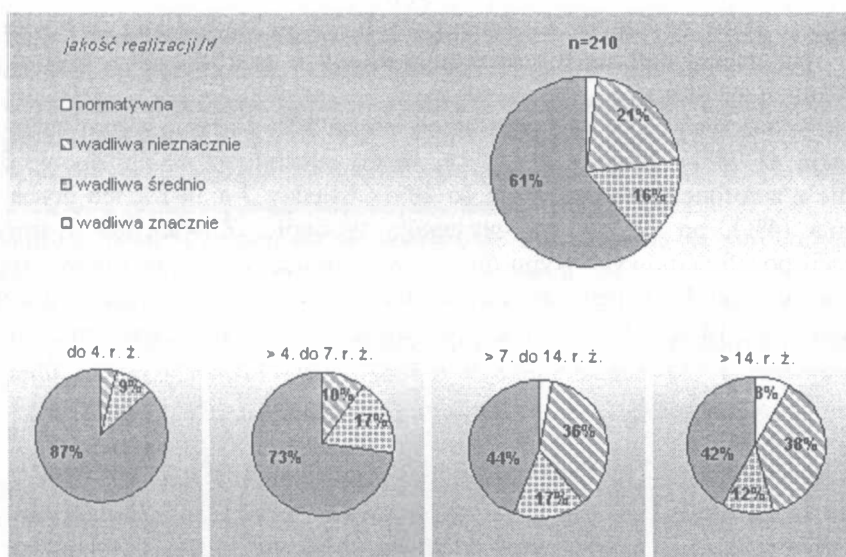
Własne badania wykazały, że prawie każdy z 210 badanych (98%) z ankyloglosją wadliwie realizuje fonem /r/. Zamiast głoski [r] badani tworzą dźwięki znacznie, średnio lub tylko nieznacznie wadliwe.

Związek pomiędzy jakością realizacji /r/ a jakością każdego z pięciu ruchów języka oraz sumą wartości pięciu ruchów jest statystycznie istotny (według Pearson chi-kwadrat: J I $p = 0,053$; J II $p = 0,00027$; J III $p = 0,00093$; J IV $p = 0,00098$; J V $p = 0,00142$; suma 5 J $p = 0,0004$). Korelacja pomiędzy nimi jest dodatnia: im większe ograniczenie ruchu języka, tym bardziej wadliwa realizacja /r/. Najwyższy (0,33) jest współczynnik korelacji (według Spearman Rank) pomiędzy jakością /r/ a sumą wartości pięciu ruchów języka, zbliżony (0,32) pomiędzy jakością /r/ a ruchem J III (zakrywanie górnej wargi) i podobny (0,30) pomiędzy jakością /r/ a ruchem J II (unoszenie języka na szpatułce). Wszystkie są statystycznie istotne (zob. ryc. 6).

W grupie 210 badanych z ankyloglosją znacznie wadliwe realizacje /r/ są najczęstsze (61%). Analiza wyników wykazała, że dwukrotnie rzadziej tworzą je starsi (ok. 40% po 7 i po 14 r.ż.) niż młodszy badani (87% do 4 r.ż.). Prawidłowe głoski [r] są nieliczne, tworzą je wyłącznie badani po 7 roku życia (cztery osoby) (zob. ryc. 7). Współczynnik korelacji (według Spearman Rank) pomiędzy jakością realizacji a wiekiem wynosi $-0,38$ i jest statystycznie istotny ($p < 0,00001$). Grupy wiekowe są jednorodne pod względem jakości ruchów języka ($p = 0,40$ według Pearson chi-kwadrat).



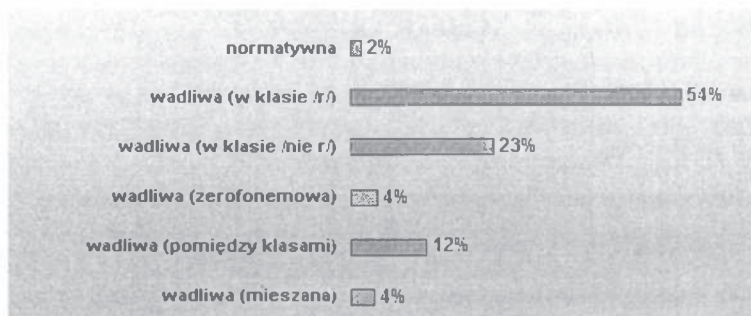
Ryc. 6. Korelacja (według Spearman Rank) pomiędzy realizacją fonemu /r/ a ruchami języka (według jakości)



Ryc. 7. Realizacja fonemu /r/ u 210 badanych z ankyloglosją w grupach wiekowych (według jakości)

Ponad połowa ocenionych realizacji (56%) zawiera się w obrębie klasy fonemowej /r/, ale tylko cztery (ze 117) nie są fonetycznie wadliwe. Poza klasą fonemową /r/ mieści się 44% realizacji: 23% w obrębie klasy /nie r/, 4% w obrębie zera fonemowego, 12% pomiędzy klasami, pozostałe 4% to realizacje mieszane (zob. ryc. 8).

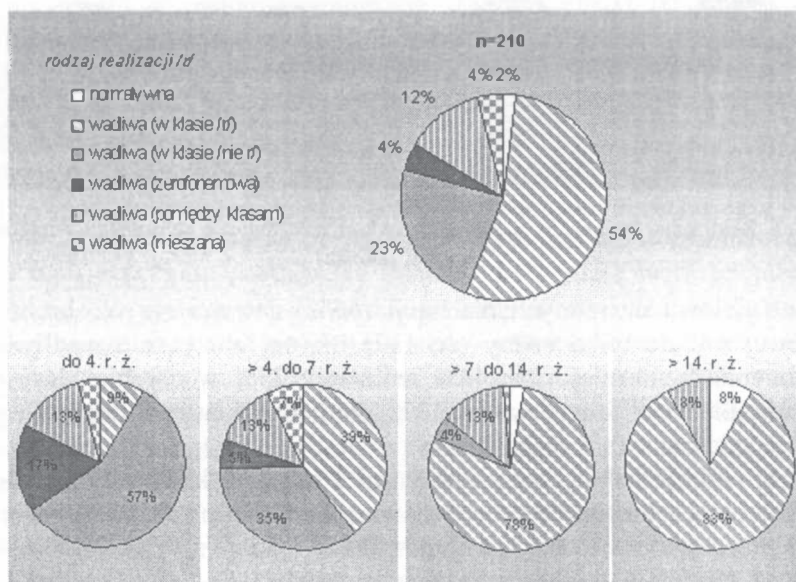
Rodzaj realizacji nie jest związany ani z jakością każdego z pięciu badanych ruchów języka, ani z sumą ich wartości (według Pearson chi-kwadrat z: 5 J $p = 0,50$; J I $p = 0,67$; J II $p = 0,15$; J III $p = 0,38$; J IV $p = 0,81$; J V $p = 0,30$), jest natomiast w sposób statystycznie istotny (według Pearson chi-kwadrat $p < 0,00001$) związany z wiekiem badanych: im starsi badani, tym mniej realizacji w klasie fonemowej /nie r/ – tradycyjnie nazywanych



Ryc. 8. Realizacja fonemu /r/ u 210 badanych z ankyloglosją (według rodzajów)

substytucją oraz realizacji zerofonemowych /Ø/ – tradycyjnie nazywanych *elizją*, tym więcej natomiast realizacji wadliwych w klasie /r/ – tradycyjnie nazywanych *deformacją*.

U najmłodszych (do 4 r.ż.) substytucji jest aż 57% (łącznie z zerofonemową realizacją aż 74%). Między 4 a 7 r.ż. liczba substytucji maleje do ok. 35% (łącznie z zerofonemową realizacją do 40%). Między 7 a 14 r.ż. ich liczba jest znikoma (4%), po 14 r.ż. nie występują w ogóle. Z wiekiem w miejsce realizacji pozafonemowych (typu /nie r/, /Ø/, /pomiędzy klasami/) pojawiają się deformacje – po 4 r.ż. jest ich czterokrotnie więcej, po 7 r.ż. niemal dziewięciokrotnie, po 14 r.ż. dziewięciokrotnie więcej niż do 4 r.ż. (zob. ryc. 9).



Ryc. 9. Rodzaje realizacji fonemu /r/ u 210 badanych z ankyloglosją w grupach wiekowych

VI. DYSKUSJA

W obcojęzycznej literaturze uważa się, że zależności pomiędzy ankyloglosją a wymową są „ciągle kontrowersyjne” [Godley 1994 s. 381]¹, w polskiej literaturze – opinie wyraża się rzadko i są one skrajnie rozbieżne. Z jednej strony wyrażany jest pogląd, że „wędzidełko języka nie ma żadnego wpływu na [...] wymowę” (podkr. moje – B. O.) [Zaleski 1992a s. 88; Zaleski 1992b s. 69], z drugiej – wpływ skrócenia wędzidełka na wymowę jest brany pod uwagę, często z zastrzeżeniami („rzadko jest przyczyną wadliwej wymowy” [Styczek 1979 s. 339], „nie stanowi przeważnie przeszkody” [Mackiewicz 1992 s.146], „może utrudniać wymowę” [Jańczuk 1981 s. 497; Jańczuk, Banach 1995 s. 136; Łodziński, Jankowska 1986 s. 672; *Otorynolaryngologia praktyczna* 1996 s. 112; *Chirurgia szczękowo-twarzowa* 1993]).

Wyniki badań polskojęzycznej wymowy w związku z wędzidełkiem języka znane mi są jedynie z publikacji Chojnackiej i wsp. [1984], w której „wysoki przyczep wędzidełka języka ograniczający ruchy” (s. 624) stwierdzono u 16%, a wadliwą wymowę u 12% badanych².

Własne badania pozwalają stwierdzić, że każda osoba ze skróconym wędzidełkiem języka co najmniej jeden z polskich fonemów spółgłoskowych realizuje nieznacznie, średnio lub znacznie wadliwie [Ostapiuk 2000]. Skrócenie wędzidełka ogranicza w szczególności tworzenie głoski [r], którą ze względu na właściwości artykulacyjne zgodnic uważa się w logopedii za

¹ Pomimo braku badań niektórzy uważają, że skrócone wędzidełko języka jest przyczyną wadliwej wymowy i powołują się na pojedyncze przypadki poprawy wymowy po chirurgicznym leczeniu [Goldberger 1973; Ketty, Sciallo 1974], także u dorosłych [Oldfield 1959]. Inni zaś twierdzą stanowczo: „Zbyt krótkie wędzidełko języka [...] nie ma absolutnie nic wspólnego z wadami wymowy” (podkr. moje – B. O.) [Luchsinger, Arnold 1959 – za: Essen 1967 s. 168] lub ostrożniej: „[...] stan przyrośnięcia języka rzadko bywa na tyle poważny, aby prowadził do zaburzeń mowy” [Williams, Waldron 1985 s. 356] bądź z zastrzeżeniem: „Ankyloglosja [...] nie ma znaczącego wpływu na rozwój mowy. [...] powoduje tylko zakłócenia artykulacyjne dźwięków, które są tworzone z udziałem końca języka, i to tylko w wyjątkowych przypadkach” [Seeman 1965 s. 36]. Przeciwnicy – podobnie jak zwolennicy – powołują się na pojedyncze przypadki, tym razem poprawnej wymowy u osób ze skróconym wędzidełkiem języka [Mathewson 1966]. Ch. van Riper uważa, że przecenia się wpływ anomalii organicznych (także przyrośnięcia języka lub skróconego jego wędzidełka) na procesy artykulacyjne, argumentując: „[...] jest wiele osób z defektami anatomicznymi, które mówią prawidłowo. [...] Doskonałą głoskę / można uzyskać z czubkiem języka skierowanym do dołu, a nawet wysuniętym z ust. Znane są przypadki osób dorosłych całkowicie bezzębnych, które potrafiły wytwarzać prawidłowo wszystkie głoski. W naszym archiwum mamy taśmy z nagraniami mężczyzn i kobiet bez języków lub tylko z połową języka, które mówiły w sposób zrozumiały” (podkr. moje – B. O.) [Riper 1972 s. 178].

² Autorki nie podają wadliwie realizowanych fonemów ani kryteriów oceny wymowy i wędzidełka języka.

„jedną z trudniejszych”³ [Styczek 1979 s. 455; Kurkowski 1996] i wymienia w piśmiennictwie w kontekście ankyloglosji [Mitrinowicz-Modrzejewska 1968 s. 234; Pruszewicz 1992 s. 244; Żurowski 1993 s. 146; Styczek 1979 s. 339].

Wykonanie wibracji przednią częścią języka za górnymi zębami przy pośrednim wzniesieniu masy języka w jamie ustnej jest utrudnione nie tylko przy znacznie, ale także przy średnio, a nawet nieznacznie skróconym wędzidełku w każdej grupie wiekowej. Najczęściej realizacje są tym bardziej wadliwe, im bardziej jest skrócone wędzidełko oraz im młodsi są badani.

Większość młodszych (do 7, a zwłaszcza do 4 r.ż.), podlegając przede wszystkim „tendencji do ekonomii wysiłku fizycznego i umysłowego, wydawkowanego w procesie mowy” [Ivić 1975 s. 147], nie pokonuje oporu naprężonego wędzidełka i tworzy przede wszystkim realizacje znacznie wadliwe, najczęściej poza klasą fonemową /r/ (typowe i nietypowe substytucje, elizje). Większość starszych (po 7 r.ż.) z kolei, pod naciskiem „drugiej – przeciwstawnej tendencji – zagwarantowania różnic fonemowych” [Ivić 1975 s. 147] częściowo przewycięża przeszkodę i tworzy – dzięki wypracowaniu zastępczych pozycji i ruchów języka – przede wszystkim nieznacznie i średnio wadliwe głoski, zdecydowaną większość w klasie fonemowej /r/ (deformacje)⁴.

Własne badania potwierdzają wyrażone przez A. Sołtys-Chmielowicz [1998 s. 69] przypuszczenie, że „w przyszłości niektóre substytucje mogą się przekształcić w głoski zdeformowane”. Dziecięce substytucje (i elizje) w ankyloglosji można uznać za zwiastun późniejszych deformacji ze względu na wspólną anatomiczną przeszkodę. Nie mogą zatem być uważane za zjawisko fizjologiczne, nie podlegające terapii do 5-7 roku życia. W interpretacji substytutów u dzieci ze skróconym wędzidełkiem języka decydującą rolę pełni więc kryterium etiologiczne. Jak pisał J. T. Kania [1967], kryterium etiologiczne „łamie sztywność kryterium wieku” (s. 176) i pozwala „mówić o zaburzeniach daleko wcześniej niż w 5 czy 7 roku życia” (s. 176). Łamie ono także – jak wynika z analizy rodzajów wadliwych realizacji /r/ w ankyloglosji – sztywność językoznawczego kryterium substytucji, elizji i deformacji. J. T. Kania [1967], choć uwzględniał taką sytuację, pisząc: „[...] dany typ wymowy, np. z a m i a n a r n a l jest patologiczna dlatego, iż stwierdzono krótkie wędzidełko języka” (podkr. moje – B. O.) (s. 176), to jednocześnie kryterium etiologiczne uważał za „właściwie nieprzydatne”

³ Nie wszystkich głosek zgodność dotyczy, np. fonem // powszechnie uważa się za łatwy w realizacji. Własne badania wymowy wykazały, że łatwość // dotyczy cech fonemowych, nie dotyczy cech fonetycznych, a u osób z ankyloglosją stwierdzono aż 90% wadliwych realizacji [Ostapiuk 2000], co odbiega od poglądów np. Styczek [1979] i Jastrzębowskiej, Pelc-Pękali [1999] oraz publikowanych danych liczbowych [Kurkowski 1996; Sołtys-Chmielowicz 1998].

⁴ Następuje to – jak wynika z własnych badań – spontanicznie lub z podobnym skutkiem w logopedycznej terapii [Ostapiuk 2000].

poza wypadkami „wyraźnych zmian anatomicznych” (podkr. moje – B. O.) (s. 176), za najważniejsze natomiast – obok kryterium wieku – uznawał „rozgraniczenie form wadliwej wymowy” (s. 191).

Przeprowadzona we własnych badaniach analiza rodzajów wadliwych realizacji fonemu /r/ w związku z wędzidełkiem języka oraz z wiekiem wykazała, że użycie lingwistyczno-metrykalnego kryterium do „wydzielania zjawisk patologicznych i rozwojowych”⁵ [Kania 1967 s. 191] może prowadzić do fałszywych wniosków diagnostycznych. W rezultacie, ponieważ kryterium to wskazuje także, „od kiedy można aktywnie rozpocząć reedukację” (tamże s. 176), jego użycie może opóźnić usprawnianie wadliwej wymowy. Zanim więc, stwierdziwszy substytucję przed 5-7 rokiem życia, logopedyczną terapię uznamy za przedwczesną, powinniśmy wykluczyć ankyloglosję. Podobnie postępujemy w przypadku substytucji u dzieci z innymi wadami anatomicznymi. Choć skrócenie wędzidełka języka (zwłaszcza nieznaczne lub średnie) nie jest tak wyraźnie widoczne, jak inne zmiany anatomiczne, to – jak wykazały własne badania – skrócenie wędzidełka (nawet nieznaczne lub średnie) ogranicza pojedyncze ruchy języka i decyduje o jakości złożonych ruchów artykulacyjnych, prowadząc ostatecznie – w zależności od wieku – do elizji i substytucji lub deformacji.

VII. WNIOSKI

- Zdecydowana większość osób z nieznacznie, średnio lub znacznie skróconym wędzidełkiem języka wadliwie realizuje polski fonem /r/.
- Realizacje fonemu /r/ u osób ze skróceniem wędzidełka języka są nieznacznie, średnio lub znacznie wadliwe. Najczęściej jakość realizacji związana jest z jakością wędzidełka języka oraz z wiekiem.
- Rodzaj wadliwych realizacji fonemu /r/ u osób ze skróconym wędzidełkiem języka związany jest z wiekiem: realizacje pozafonemowe (= substytucje) występują częściej do 7 r.ż., realizacje pozafonetyczne (= deformacje) występują częściej powyżej 7 r.ż.
- Substytucje, tak jak deformacje, podlegają logopedycznej opiece w każdym wieku, jeśli występuje skrócenie wędzidełka języka.

⁵ Jako fizjologię traktuje się substytucję i elizję do 5-7 r.ż., jako patologię zaś (podlegającą terapii) substytucję i elizję po 5-7 r.ż. i deformację w każdym wieku. Niekiedy podział Kani rozbudowuje się, dzieląc substytucje na typowe (nie wymagające terapii) i nietypowe (wymagające wcześniejszej terapii) [Sołtys-Chmielowicz 1998 s. 146].

Bibliografia

- Chirurgia szczękowo-twarzowa. Podręcznik dla studentów (1993). Red. L. Kryst, Warszawa.
- Chojnacka A., Łastowiecka G., Rukat H. (1984). Dysfunkcje języka w ukształtowaniu łuków zębowych. „Czasopismo Stomatologiczne” 37, 8, s. 618-626.
- Essen O. von (1967). Fonetyka ogólna i stosowana, Warszawa.
- Godley F. A. (1994). Frenuloplasty with a Buccal Mucosal Graft. „Laryngoscope” 104, 378-381.
- Goldberger J. M. (1973). Tongue Thrust: Report of Cases. „Journal of the American Dental Association” 86, 667-671.
- Ivić M. (1975). Kierunki w lingwistyce, Wrocław–Warszawa–Kraków–Gdańsk.
- Jańczuk Z. (1981). Zarys kliniczny stomatologii zachowawczej, Warszawa.
- Jańczuk Z., Banach J. (1995). Choroby błony śluzowej jamy ustnej i przyzębia, Warszawa.
- Jastrzębowska G., Pelc-Pękala O. (1999). Diagnostyka i terapia zaburzeń artykulacji (dyslalii). W: Logopedia. Pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki. Red. T. Gałkowski, G. Jastrzębowska, Opole, s. 727-753.
- Kania J. T. (1967). Dyslalie na tle procesu rozwojowego artykulacji. W: tenże (2001). Szkice logopedyczne, Lublin: Polskie Towarzystwo Logopedyczne Zarząd Główny, s. 175-182.
- Kania J. T. (1969). Patologiczne artykulacje głoski r. W: tenże (2001). Szkice logopedyczne, Lublin: Polskie Towarzystwo Logopedyczne Zarząd Główny, s. 243-252.
- Ketty N., Sciullo P. A. (1974). Ankyloglossia with Psychological Implications. „Journal of Dentistry for Children” 41, 43-46.
- Kurkowski Z. M. (1996). Mowa dzieci sześciolatków z uszkodzonym narządem słuchu, Lublin.
- Łodziński K., Jankowska J. (1986). Wybrane zagadnienia chirurgiczne w pediatrii. W: *Pediatrics*. T. 2. Red. B. Górnicki, B. Dębiec, Warszawa.
- Mackiewicz B. (1992). Zapobieganie wadom zgryzu i wymowy u dzieci. „Pediatria Polska” 67, 3-4, s. 143-147.
- Mathewson R. J., Siegel M. J., McCanna L. (1966). Ankyloglossia: A Review of the Literature and a Case Report. „Journal of Dentistry for Children” 33, 238-243.
- Mitrinowicz-Modrzejewska A. (1968). Głuchota wieku dziecięcego, Warszawa.
- Oldfield M. C. (1955). Congenitally Short Frenula of Upper Lip and Tongue. „Lancet” 528-530.
- Oldfield M. C. (1959) Tongue-tie. „British Medical Journal” 2, 1181 n.
- Ostapiuk B. (1997). Zaburzenia dźwiękowej realizacji fonemów języka polskiego – propozycja terminów i klasyfikacji. „Audiofonologia” 10, 117-136.
- Ostapiuk B. (1998). Realizacja polskiego fonemu /l/ w dyslalii ankyloglosyjnej. W: Zaburzenia głosu – badanie – diagnozowanie – metody usprawniania. Materiały z konferencji zorganizowanej przez Pomagisterskie Studium Logopedyczne Wydziału Polonistyki UW i Sekcję Logopedyczną TKJ w Warszawie w dniach 6-8 czerwca 1998. Red. H. Mierzejewska, M. Przybysz-Piwkowska, Warszawa: Wydawnictwo DiG, s. 95-108.
- Ostapiuk B. (2000). Warunki skuteczności logopedycznej terapii dyslalii ankyloglosyjnej. Nieopublikowana rozprawa doktorska – Akademia Pedagogiki Specjalnej w Warszawie.
- Ostapiuk B. (2002). Autoreferat rozprawy doktorskiej nt. Warunki skuteczności logopedycznej terapii dyslalii ankyloglosyjnej. W: Logopedia – wybrane zagadnienia, Warszawa: Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej w Warszawie (w druku).
- Otarynolaryngologia praktyczna (1996). Red. B. Latkowski, Warszawa.
- Pruszwicz A. (1992). Zaburzenia artykulacji. W: *Foniatria kliniczna*. Red. A. Pruszwicz, Warszawa: PZWL, s. 242-248.
- Riper Ch. van (1972). *Speech Correction: Principles and Methods*, New Jersey.
- Roślowski B. (1983). *Podstawy wiedzy o języku polskim dla pedagogów i logopedów szkolnych*, Gdańsk: UG.

- Rocławski B. (1986). Zarys fonologii, fonetyki, fonotaktyki i fonostatystyki współczesnego języka polskiego, Gdańsk: Wydawnictwo Uczelniane UG.
- Rocławski B. (1989). Obraz wymowy polskiej, Gdańsk: Uniwersytet Gdański Zakład Logopedii.
- Seeman M. (1965). Sprachstörungen bei Kindern, Berlin-Jena.
- Sołtys-Chmielowicz A. (1998). Wymowa dzieci przedszkolnych, Lublin.
- Styczek I. (1979). Logopedia, Warszawa.
- Williams W. N., Waldron C. M. (1985). Assesment of Lingual Function when Ankyloglossia (Tongue-tie) Is Suspected. „Journal of the American Dental Association” 110, s. 353-356.
- Zaleski T. (1992a). Niepowodzenia natury foniatrycznej w postępowaniu laryngologów u dzieci. W: Otorinolaryngologia dziecięca. Wybrane zagadnienia. Red. E. Kossowska, Warszawa, s. 88-93.
- Zaleski T. (1992b). Opóźniony rozwój mowy, Warszawa.
- Żurowski M. (1993). Wpływ niektórych nieprawidłowości wędzidełka języka na zaburzenie jego funkcji i zmiany patologiczne w jamie ustnej. „Poznańska Stomatologia” 145-147.