

Anna Sołtys-Chmielowicz

Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin
Zakład Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego

Wady wymowy i ich korygowanie

Speech Defects and Their Correction

Streszczenie

Wady wymowy, najczęściej nazywane dyslalią, mogą być jedynym problemem pacjenta lub jednym z wielu, towarzysząc różnym zaburzeniom mowy. Przyczyny wad artykulacyjnych są różne – od centralnych po obwodowe; na ich powstanie może mieć też wpływ środowisko. W zależności od potrzeb terapia uwzględnia w miarę możliwości usuwanie przyczyn, a następnie korygowanie samych wad.

Terminologia, którą posługują się logopedzi, wywodzi się częściowo z tradycji foniatrycznej, częściowo z językoznawstwa.

Summary

Speech defects, most frequently called dyslalia, can be the patient's only problem or one of many that accompany speech disorders. There are diverse causes of articulatory defects: from central to peripheral ones, and they can be also environment-induced. Depending on the need, their treatment takes into account the elimination of causes if at all possible, and then correction of the defects themselves.

Terminology that logopedists use partly derives from phoniatric and partly from linguistic traditions.

I. KLASYFIKACJE WAD WYMOWY. TERMINOLOGIA

Wady wymowy spotyka się niemal we wszystkich przyczynowo wyodrębnionych zaburzeniach mowy. Mają one wielorakie przyczyny i różnie się objawiają.

Wady wymowy będące skutkiem nieprawidłowej budowy i funkcjonowania narządów artykulacyjnych oraz spowodowane niedosłuchem noszą nazwę *dysglosji* i najczęściej polegają na zniekształceniu brzmienia dźwięku. Innym terminem – raczej potocznym – używanym dla określenia wad wymowy jest

belkotanie. Jest to wyraz przestarzały, mało precyzyjny i cechuje się zabarwieniem ujemnym; z tych względów w logopedii stosowany jest bardzo rzadko.

Wady wymowy w literaturze najczęściej określa się mianem *dyslalia*¹. Rozumienie *dyslalii* jako wszystkich zaburzeń wymowy ma długą tradycję, wywodzącą się z foniatryi. Świadczy o tym rozpowszechniona następująca typologia tych wad: *mogilalia* (opuszczanie głosek), *paralalia* (zastępowanie głosek), *dyslalia właściwa* (zniekształcanie głosek).

Foniatrya poza tą ogólną klasyfikacją wprowadziła bardziej szczegółowe określenia, dotyczące wad konkretnych głosek lub ich grup. Są to takie terminy, jak *rhotacismus*, *sigmatismus*, *lambdacismus*, *kappacismus*, *gammacismus* itp. Pochodzą one od nazw greckich liter plus formanty *-cismus* lub *-ismus*. W praktyce zostały one nieco skrócone oraz dostosowane do polskiego systemu fonetycznego i występują w postaci: *rotacyzm* (wady dotyczące głoski *r*), *sygmatyzm* (wady dotyczące głosek: *s z c ʒ, ʃ ʒ č ʒ, ś ź ć ʒ*), *lambdacyzm* (wady głoski *l*), *kappacyzm* (wady głoski *k*), *gammacyzm* (wady głoski *g*). Analogicznie do nadrzędnego podziału (*mogilalia*, *paralalia*, *dyslalia właściwa*) tworzone są formy: *mogirotacyzm* (przy braku dźwięku *r*), *pararotacyzm* (przy zastępowaniu dźwięku *r* innym), *rotacyzm właściwy*, który można określić jeszcze dokładniej, np. jako języczkowy czy gardłowy. Podobnie używa się tych określeń w stosunku do *sygmatyzmu*: *mogisygmatyzm* (brak np. głosek *s z c ʒ* – bardzo rzadko), *parasygmatyzm* (zastępowanie głosek dentalizowanych), *sygmatyzm właściwy*, np. boczny czy międzyzębowy. Pozostałe terminy, takie jak *kappacyzm* czy *lambdacyzm*, ze względu na nieliczne formy nieprawidłowych artykulacji na ogół występują w postaci podstawowej, choć można też od nich utworzyć formy typu *parakappacyzm* (przy zastępowaniu głoski *k* głoską *t* lub inną).

W przypadku rotacyzmu zastosowanie terminów *rotacyzm właściwy* i *mogirotacyzm* pozwala na dość dokładne określenie wady. W przypadku pararotacyzmu

¹ Nie jest to jedyne znaczenie terminu *dyslalia*. Inne znaczenie w polskiej literaturze logopedycznej spotykamy u I. Styczek [1979 s. 292], która traktuje *dyslalię* jako zejściową postać *alalii*: „Alalia percepcyjna przechodzi w dyslalię; dziecko nie potrafi jeszcze poprawnie wymawiać wyrazów, mowa jego jest agramatyczna, ale zasób rozumianych słów zwiększa się. Z powodu niedokształcenia słuchu fonematycznego największe trudności sprawia dzieciom identyfikowanie głosek różniących się tylko jedną cechą, jak dźwięcznych i odpowiednio bezdźwięcznych lub dentalizowanych o różnych miejscach artykulacji”.

Nieco podobnie dyslalię w swojej klasyfikacji potraktował S. Grabias [1994 s. 20]: „W wypadkach dyslalii brak kompetencji ogranicza się tylko – w większym lub mniejszym stopniu do systemu fonologicznego, a niewłaściwa realizacja dotyczy albo grupy fonemów, albo jednej kategorii fonologicznej (dźwięczności w wypadkach tzw. mowy bezdźwięcznej)”.

Różnica tych dwu stanowisk polega na tym, że według I. Styczek niedostatki mogą dotyczyć wszystkich podsystemów języka, a według S. Grabiasa tylko podsystemu fonologicznego. W jednym i drugim ujęciu, jeśli chodzi o problem realizacji fonemów, w grę wchodzi tylko substytucje głoskowe, które są objawem opóźnionego rozwoju mowy.

tacyzmu (zastępowanie *r* innym dźwiękiem) należy podać substytut. Bardziej komplikuje się sprawa z sygmatyzmem. Mianem tym określa się wady dotyczące w języku polskim 12 dźwięków dentalizowanych (tj. syczących, szumiących i ciszących): *s z c ʒ, ś ź ć ʒ, ś ź ć ʒ*. Wiele wad może być wspólnych wszystkim trzem szeregom, niektóre dotyczą jednej grupy lub dwu. Może być tak, że każdy szereg ma inną wadę. Tak więc określenie *seplenienie* czy *sygmatyzm* wymaga dokładnego opisu wady z wyszczególnieniem, jakiego szeregu deformacja czy substytucja dotyczy.

Z wymienionymi wyżej terminami związane są polskie odpowiedniki częściej spotykanych wad. *Lambdacyzm* bywa nazywany *lelaniem*, a *kappacyzm* – *kekaniem*. Niestety, spolszczenie medycznych terminów nie rozjaśniło obrazu zjawiska. Nie stosuje się bowiem formantów *para-* czy *mogi-* z nazwami *seplenienie*, *reranie*. Natomiast próbą sprecyzowania zbyt ogólnego terminu *seplenienie* jest wprowadzenie dodatkowo jeszcze określeń *szeplenienie* i *sieplenienie* (bardzo rzadko). Ten zabieg nie spełnił jednak swojej roli. Terminy te są bowiem niejednoznaczne, np. można rozumieć, że *seplenienie* to wady dotyczące szeregu *s z c ʒ*, *szeplenienie* to wady głosek *ś ź ć ʒ*, *sieplenienie* – wady *ś ź ć ʒ*. Ale nie tylko tak, bo *seplenieniem* nazywa się wymawianie *s z c ʒ* zamiast *ś ź ć ʒ*, *szeplenieniem* – wymowę *ś ź ć ʒ* zamiast *s z c ʒ*. *Sieplenienie* to także wymowa środkowojęzykowych *ś ź ć ʒ* w miejscach zębowych (*s z c ʒ*) czy dziąsłowych (*ś ź ć ʒ*). Przy takim rozumieniu powyższych określeń brak miejsca na deformacje. Swoisty wykład terminów zaproponował A. Pruszewicz [1992]: wady polegające na deformacji nazywa *seplenieniem*, zastępowanie głosek innymi – *szeplenieniem*, co także nie wnosi pożądanej jasności w opisie zaburzeń wymowy. Jak widać, przetłumaczenie interesujących nas terminów na język polski spowodowało więcej nieporozumień, niż dało korzyści.

Dyslalię szeroko rozumianą jako wszystkie wady wymowy L. Kaczmarek (1988) podzielił następująco: 1) *dyslalia jednoraka* (polega na wadliwej realizacji jednego fonemu), 2) *dyslalia wieloraka* (dotyczy wadliwej realizacji dwu lub większej liczby fonemów), 3) *dyslalia całkowita* (inaczej *tetyzm* = *alalia motoryczna* = *sluchoniemota*, zwana inaczej *audimutitas*, objawiająca się brakiem realizacji fonemów przy obecności melodii). Równoległe do tej klasyfikacji L. Kaczmarek zaproponował podział *dyslalii* na *prostą* (polegającą na zmianie jednej cechy dystynktywnej) i *złożoną* (odznaczającą się zmianą dwu i więcej cech dystynktywnych). Klasyfikacja ta w zasadzie nie daje korzyści praktyce. Ze stwierdzenia, że mamy do czynienia z *dyslalią jednoraką*, wynika to, iż pewnie w 99% przypadków tym jedynym źle realizowanym fonemem jest *r*. Nie wiemy natomiast, jakiego rodzaju jest to wada – deformacja, substytucja czy brak głoski. Z określenia *dyslalia wieloraka* wynika pewność tylko co do tego, że nie będzie to jedynie wadliwe *r*, ale kłopot mogą sprawiać np. *r* i *l* (dwa fonemy), wada może dotyczyć głosek dentalizowanych, braku

dźwięcznych lub *k g* itd. Możemy się domyslać, że dziecko dotknięte dyslalią wieloraką wprawdzie mówi, ale rozległość wady pozostaje ukryta. Dopiero szczegółowy opis przypadku może to wyjaśnić. Można więc uznać, że termin *dyslalia wieloraka* niewiele wnosi do opisu zaburzenia.

Również nie zawsze czas trwania terapii wiąże się z liczbą wadliwie wymawianych głosek. Niejednokrotnie praca nad głoską *r* (a więc przypadek dyslalii jednorakiej) jest znacznie dłuższa niż praca nad substytutami, jeśli np. *š ž č ž* są zastępowane przez *s z c z* (dyslalia wieloraka).

Znaczenie terminu *dyslalia całkowita* jest niejednoznacznie objaśnione przez L. Kaczmarka. Terminy *tetyzm*, *hotentotyzm* to tradycyjne określenia znacznie zniekształconych wypowiedzi i jako takie winny być zaliczone do dyslalii wielorakiej; *alalia*, *stuchoniemota* to brak umiejętności mówienia. Zestawienie tych terminów w jednym ciągu synonimów jest chyba nieporozumieniem.

Drugi człon klasyfikacji L. Kaczmarka dotyczy liczby nieprawidłowo realizowanych cech dystynktywnych. Okazuje się, że ten podział ma także dość ograniczone zastosowanie. Odnosi się on tylko do przypadków opóźnionego rozwoju mowy, gdzie mamy do czynienia z substytutami, bo tylko wówczas dochodzi do naruszenia cech dystynktywnych. Natomiast wszystkie deformacje, które są przecież podstawowym przedmiotem zainteresowania logopedów-praktyków, nie mogą być według tej klasyfikacji oceniane. Na przykład międzyzębowa wymowa *s z c z* nie powoduje zmiany żadnej cechy dystynktywnej, podobnie jak *r* języczkowe. Z punktu widzenia fonologii są to warianty indywidualne (fakultatywne).

Nazywając wady wymowy bełkotaniem, ujmuje ilościową ich klasyfikację A. Pruszewicz (1992) z perspektywy stopnia zrozumiałości wypowiedzi. Wyróżnia:

1) *bełkotanie izolowane* (wadliwa realizacja jednej głoski, mowa dobrze zrozumiała);

2) *bełkotanie częściowe* (*dyslalia partialis*) – wadliwa realizacja niewielu głosek, zrozumiałość mowy nieznacznie zmniejszona;

3) *bełkotanie wielorakie* (*dyslalia multiplex*) – wadliwa realizacja wielu głosek, zrozumiałość mowy znacznie zmniejszona;

4) *bełkotanie uogólnione* (*dyslalia universalis*) – mowa zupełnie niezrozumiała (*hotentotismus*).

Również u A. Pruszewicza mamy podział ilościowy dotyczący wad artykulacyjnych w obrębie jednej (*bełkotanie monomorficzne*) lub większej liczby (*bełkotanie polimorficzne*) stref artykulacyjnych². A. Pruszewicz w odróżnie-

² Warto zwrócić uwagę na fakt, że w foniatryi inaczej niż w fonetyce traktuje się pojęcie stref artykulacyjnych. Według fonetyków [Wierzchowska 1971 s. 115; Styczek 1979 s. 117] jest ich siedem: 1 – wargi, 2 – krawędź górnych siekaczy, 3 – wewnętrzna powierzchnia

niu od L. Kaczmarka nie mówi o cechach dystynktywnych fonemów, lecz o wadach artykulacyjnych. Klasyfikacja obejmuje więc również i deformacje.

Foniatria [zob. Pruszewicz 1992] zauważa też zjawiska, które dotyczą zmian w zakresie struktury wyrazów: *elizja*, *metateza*, *asymilacja*, *kontaminacja*, *inwersja* (brak przykładów nie pozwala na porównanie znaczenia tych terminów z ich znaczeniem przyjętym w językoznawstwie i logopedii).

Wydaje się, że istotnym problemem zauważanym w praktyce, ale pomijanym w teorii logopedii jest podział *dyslalii* na 1) *stałą* i *niestałą* oraz 2) *konsekwentną* i *niekonsekwentną*, który to podział podaje Pruszewicz [1992].

W *Programie studiów logopedycznych* pod redakcją L. Kaczmarka występuje jeszcze inny podział *dyslalii*: *głoskowa* (niemożność właściwego realizowania fonemów, tj. wymowa głosek zbliżona do właściwej, zastępowanie ich innymi lub opuszczanie), *sylicyczna* (możność właściwego realizowania fonemów w izolacji, w sylabie natomiast mamy: realizacje niewłaściwe, ich opuszczanie lub wtrącanie innych, zastępowanie innymi, przestawki), *wyrazowa* (wadliwa realizacja występuje w niektórych tylko wyrazach w postaci opuszczeń i przestawień głosek, przekręceń wyrazu), *zdaniowa* (brak umiejętności budowania zdania, dysymilacje, przestawki)³.

W 1974 r. J. T. Kania⁴ zaproponował językoznawczą klasyfikację zaburzeń mowy i wad wymowy. Główną zasługą tego autora jest rozgraniczenie wad dotyczących inwentarza jednostek (fonemów lub głosek, w zależności od metodologii opisu) od nieprawidłowości artykulacji występujących na poziomie wyrazu i spowodowanych trudnościami związanymi z jego budową; nieprawidłowości te objawiają się dopiero na poziomie jednostek większych niż głoska i sylaba. Zaburzenia dotyczące zasobu głosek Kania nazwał zaburzeniami *paradygmatycznymi*, te zaś dotyczące struktury wyrazu – *syntagmatycznymi*; wśród tych ostatnich wyróżnił *pierwotne* i *wtórne*. W obrębie zaburzeń paradygmatycznych J. T. Kania wymienił *elizję (mogilalia)*, czyli

górnym siekaczy, 4 – dźwięki, 5 – przednia część podniebienia twardego, 6 – tylna część podniebienia twardego, 7 – podniebienie miękkie. Natomiast foniatry [Mitrinowicz-Modrzejewska 1963; Pruszewicz 1992] wyróżniają trzy strefy: pierwsza obejmuje wargi i przednie zęby, druga koniec i trzon języka oraz podniebienie twarde, trzecia – obsadę języka, podniebienie miękkie oraz tylną ścianę gardła. W takim ujęciu wskazanie na strefę artykulacyjną informuje tylko o tym, że grupa głosek artykułowana w określonym miejscu jest realizowana wadliwie, co może się wiązać z brakiem sprawności motorycznej danego narządu. Warto dodać, że przy braku dźwięczności nie ma możliwości wskazania na strefę artykulacyjną, która „odpowiada” za powstanie wady, gdyż wiązadła głosowe do stref artykulacyjnych nie są zaliczane.

³ Nieco dziwi tu sposób zdefiniowania *dyslalii zdaniowej*, gdyż klóci się to z samym pojęciem *dyslalii*, którą tenże autor rozumie jako wady wymowy. Trudno tu dopatrzeć się związku z umiejętnością budowania zdań.

⁴ Klasyfikacja ta ukazała się po raz pierwszy w Brnie w 1974 r., w Polsce zaś w 1975.

brak fonemu, *substytucję (paralalia)* – zastępowanie fonemu innym oraz *deformację (dyslalia właściwa)*.

Charakteryzując elizję, autor zwracał uwagę na to, aby odróżnić ją od zjawiska redukcji grup spółgłoskowych. Poza tym wyróżnił *elizję pełną* (brak dźwięku w każdej pozycji w wyrazie) i *elizję ograniczoną* (do określonych pozycji, z którą zwykle w położeniu między samogłoskami współwystępuje substytucja). Z innego punktu widzenia można (według J. T. Kani) wyróżnić *elizję całkowitą* sprowadzającą się do formy: fonem spółgłoskowy = \emptyset (zero fonetyczne, brak głoski) oraz *elizję częściową*, gdy zmianie ulega sąsiedni segment wokaliczny lub gdy w miejscu fonemu pojawia się segment bezszmerowy.

Substytucja zachodzi wtedy, gdy dwa fonemy systemu ogólnego mają tę samą realizację w wymowie pacjenta. Autor podkreśla istnienie różnorodności substytutów konkretnego fonemu, zwraca uwagę na możliwość występowania więcej niż jednego substytutu u tego samego pacjenta (wariantywność fakultatywna, kombinatoryczna lub leksykalna).

Na ogół substytucje od dźwięków substytuowanych różnią się niewielką liczbą cech. Najczęściej różnice dotyczą miejsca artykulacji, rzadziej stopnia zbliżenia narządów mowy. Nie są przekraczane pewne podziały fonetyczne, spółgłoski nie są zastępowane samogłoskami. Wśród spółgłosek tylko wyjątkowo zdarza się zamiana między półotwartymi a pozostałymi grupami, tzn. zwartymi, zwarto-szczelinowymi i szczelinowymi.

Substytucje nie mają więc charakteru przypadkowego. Najczęstsze substytucje to głoski, które jako typowe zastępstwa rozwojowe obserwuje się powszechnie u małych dzieci. Należy przy tej okazji dodać, że chronologię bezwzględną i względną rozwoju fonetyki wypracowali dla języka polskiego tacy badacze embriologii mowy, jak: L. Kaczmarek [1953; 1988], P. Smoczyński [1955], M. Zarębina [1965; 1980], T. Brajerski [1967]. Substytucje tzw. typowe, występujące u zdecydowanej większości dzieci, spotykane powyżej szóstego, siódmego roku życia, świadczą o opóźnieniach i są wadami. Substytucje nietypowe, np. $\acute{s} = s$, $t d = k g$ sygnalizują zaburzenia procesu rozwojowego.

Z deformacją mamy do czynienia wówczas, gdy realizacja jakiegoś fonemu wykracza poza właściwe normie pole realizacji tego fonemu, a zarazem nie mieści się w polu realizacji innych fonemów. Należą tu głoski nietypowe dla danego systemu fonetycznego, np. głoski międzyzębowe, boczne spiranty, różnie realizowane głoski wibracyjne [Kania 1975 b].

Deformacje głosek zawsze są wadami. Nie stanowią one żadnego ogniwa łączącego artykulacje dziecięce z prawidłową realizacją osób dorosłych.

Obserwuje się ciekawą prawidłowość: głoski później pojawiające się w mowie dziecka częściej bywają wymawiane wadliwie i większa jest różnorodność ich wad.

Ten wypracowany przez foniatrę i przejęty przez Kanię podział wad wymowy jest bardzo użyteczny dla praktyki logopedycznej. Informacja, że u dziecka występują wady wymowy w postaci substytucji, może wskazywać na opóźniony rozwój mowy związany z zaburzeniami słuchu fonematycznego. Zwykle łatwo jest wywołać głoski, lecz wydłużony jest etap ich utrwalania. U dzieci w wieku szkolnym trzeba się liczyć z tym, że wady wymowy mogą mieć odbicie w piśmie. Zastąpienie foniatrycznego terminu *paralalia* terminem *substytucja* to nie tylko inaczej wyrażona informacja o fakcie wymiany fonemów. Określenie *paralalia* nazywa wadę, natomiast *substytucją* nazywamy wszelkie zastępstwa głoskowe, także te, które są normą w rozwoju mowy dziecka. Znajomość norm rozwojowych w zakresie fonetyki pozwala na ocenę substytucji z punktu widzenia chronologii względnej i bezwzględnej⁵.

Pozostaje jeszcze problem fonologicznej i artykulacyjnej świadomości pacjenta, obejmujący dźwięki substytuowane i substytuty. Są tu możliwe przynajmniej trzy sytuacje:

- a) pacjent słyszy dwa różne dźwięki jednakowo i tak samo je realizuje;
- b) pacjent słyszy dźwięki jako różne, ale we własnej wymowie ich nie różnicuje, i jest przekonany, że mówi prawidłowo;
- c) pacjent słyszy dźwięki jako różne, nieprawidłowo je realizuje i ma poczucie własnej niedoskonałości artykulacyjnej.

Warto te informacje uwzględnić przy opisie i ocenie substytutów, gdyż mają one istotne znaczenie w procesie terapii.

Kolejnym problemem jest *elizja*. Ani literatura foniatryczna, ani logopedyczna nie podają wiarygodnego opisu wymowy pacjenta, u którego występuje elizja pełna. Pojedyncze przykłady typu *ak* 'rak', *ama* 'rama' niczego nie mówią o sposobie realizowania fonemu *r* w pozycji interwokalicznej (między samogłoskami), w izolacji, w sylabach. Tym bardziej nie wiadomo, czy pacjent uświadamia sobie istnienie fonemu, którego nie potrafi wyartykułować⁶. Wydaje się, że foniatryzy wyróżniając *mogilalię* nie brali pod uwagę trudności wynikających ze struktury wyrazów i stąd sporadyczne opuszczania dźwięków nagłosowych, wygłosowych lub ich brak w grupach spółgłoskowych potraktowali na równi z wadami dotyczącymi zasobu dźwięków.

Deformacja to najistotniejszy problem w terapii wad wymowy (najbardziej wyraziście oddaje się jego znaczenie w terminologii foniatrycznej – *dyslalia*

⁵ Chronologia bezwzględna odnosi się do wieku, w którym substytucje mogą mieć miejsce; względna bierze pod uwagę kolejność pojawiania się głosek; często jest ona bardziej istotna niż ściśle traktowane normy wiekowe, gdyż tempo rozwoju mowy jest sprawą indywidualną.

⁶ Podany przez J. T. Kanię [1975 b] – za Wiennenami – przykład mowy samogłoskowej też uwzględnia tylko jej postać zewnętrzną, nic zaś nie mówi o poczuciu istnienia spółgłosek lub jego braku w świadomości dzieci. Raczej jest mało prawdopodobne, aby opisywane dzieci nie miały zamiaru realizowania spółgłosek, gdyż cytowany zestaw samogłoskowy *a e o u o e* („Albrecht, hast du Rose”) mógłby stanowić podstawę do utworzenia wielu tekstów.

właściwa). Zwykle jej przewyciężenie wiąże się z koniecznością usprawniania aparatu mownego, a to wymaga czasu. Deformacje głosek z wiekiem ulegają utrwaleniu. Młodszym pacjentom zniekształcenia brzmienia dźwięków w zasadzie nie przeszkadzają, rzadko mają oni poczucie niedoskonałości artykulacyjnej. Zniekształcenia nie mają też, co oczywiste, odbicia w piśmie. W terapii trzeba się liczyć z długotrwałym jej przebiegiem i potrzebą uświadomienia pacjentowi konieczności podjęcia wysiłku. W zasadzie tylko ten rodzaj wad jest obserwowany u dorosłych.

Pierwotne zaburzenia syntagmatyczne J. T. Kania [1975 b] podzielił na:

- 1) odkształcenia ilościowe,
- 2) odkształcenia jakościowe,
- 3) zmiany dotyczące liniowego uporządkowania sylab i fonemów w wyrazie,
- 4) różnorakie zmiany kombinowane,
- 5) odkształcenia niesystemowe.

Wśród odkształceń ilościowych mamy wydzielone dwie grupy: a) uszczuplenie struktury wyrazu w wyniku redukcji sylab, fonemów i grup fonemów; b) wzbogacenie struktury wyrazu w wyniku epentezy (dodawania) sylab i fonemów.

Zmiany jakościowe polegają na: a) odmiennym w stosunku do wzorca wypełnieniu poszczególnych miejsc w strukturze wyrazu, np. *tafnuś* 'kołnierż'; b) strukturalizacji grup spółgłoskowych – trudne połączenia spółgłosek zastępowane są innymi połączeniami; c) asymilacji, czyli upodobnieniach, mających niekiedy postać całkowitą, np. *muma* 'guma', zachodzących także na odległość, obejmujących również samogłoski; d) dysymilacji, tj. rozpodobnień, np. *fiasek* 'ptaszek'; te ostatnie pojawiają się w wypowiedziach dzieci rzadko.

Zmiany w liniowym uporządkowaniu elementów składowych wyrazu uzewnętrzniają się jako metatezy sylab, fonemów i grup fonemów, np. *tefelon* 'telefon', *šfy* 'wszy'.

Zmiany kombinowane dają w efekcie znaczne przekształcenia struktury wyrazu, np. *azon* 'zając' (w zapisie fonetycznym *zajonc*). Można tu zauważyć redukcję grupy spółgłoskowej: *nc = n*, przestawkę: *ɟazon*, elizję nagłosowej spółgłoski *i*.

Odształcenia niesystemowe mają najczęściej, według J. T. Kani, charakter leksykalny, np. *xaxy* 'rękawice'.

Wtórne zaburzenia syntagmatyczne zwykle są spowodowane substytucją i mogą powodować zmiany jakościowe, takie jak powstawanie nowych grup spółgłoskowych (np. *šf*, *šk*, *šx* przy substytucji *s* przez *š*) oraz ilościowe, polegające na wtórnej redukcji grup spółgłoskowych spowodowanej powstałymi w wyniku substytucji połączeniami, np. przy *kg = td* wyraz 'koks' brzmi *toc*, a nie **tots*, a wyraz 'książka' ma postać *šqšta* zamiast oczekiwanej **tšqšta*. Szczegółowo te zagadnienia są omówione w artykule J. T. Kani *Podstawy językoznawczej klasyfikacji zaburzeń mowy* [1975 b].

Należy jeszcze raz podkreślić wartość tej klasyfikacji – J. T. Kania wprowadza istotne dla opisu dyslalii i praktyki logopedycznej rozgraniczenie oceny umiejętności artykulacyjnych głosek od ich realizacji w obrębie wyrazów. Zasób dźwięków, którym dysponuje dziecko, nie zawsze jest obserwowany we wszystkich jego wypowiedziach, a trudność polega nie na braku możliwości wymówienia głoski jako takiej, ale na tym, że struktura wyrazu (jego długość, skomplikowane połączenia głoskowe) utrudnia lub uniemożliwia zrealizowanie jego właściwej postaci dźwiękowej. Na przykład całkowita lub bardzo nasilona tendencja do redukowania grup spółgłoskowych nie dotyczy problemu wymawiania pojedynczych głosek, bo one w pozycji interwokalicznej istnieją, lecz jest to generalny problem realizacji połączeń dwuspolgloskowych. Redukcja nagłosowych, wygłosowych, czasem też śródgłosowych sylab lub głosek jest często objawem trudności z wypowiadaniem wyrazów dłuższych. Pozornych substytutów, które są wynikiem asymilacji, np. *żażońček* ‘zajaczek’, nie można traktować na równi z substytutami systemowymi, gdyż tu o wymowie *i* w postaci *ż* zadecydowało dość bliskie sąsiedztwo dwu głosek dentalizowanych. Podobnie jeśli w wyrazie *ufka* ‘łodówka’ brakuje grupy głosek *lod-*, to nie znaczy, że dziecko żadnej z nich nie umie wypowiadać. Ono nie potrafi wymawiać długich wyrazów. Szczególnie ważna jest interpretacja wyrazów z odkształceniami kombinowanymi (por. wyżej analizowany przykład *azon*). Nie są one neologizmami, jak można by sądzić z pozoru.

Natomiast warto tu zasygnalizować problemy innej natury. Przy badaniu artykulacji głosek (zaburzenia paradygmatyczne) dysponujemy odpowiednimi kwestionariuszami obrazkowymi i wyrazowymi. Znane są normy rozwojowe i dlatego ocena stanu wymowy jest sprawą względnie prostą, ocena zaś stopnia zaburzeń syntagmatycznych nieco się komplikuje. Wszystkie zjawiska wyodrębnione przez J. T. Kanię mogą być normą dla dzieci w drugim, trzecim roku życia. Ich sporadyczne utrzymywanie się u dzieci starszych nie powinno być powodem do niepokoju. Natomiast całkowity brak grup spółgłoskowych, przestawki, zmiany kombinowane i niesystemowe pojawiające się w znacznym nasileniu w wypowiedziach dziecka świadczą o głębokim zaburzeniu rozwoju mowy. Nie dysponujemy jednak narzędziami w postaci testów, które pozwoliłyby określić, jakie nasilenie zmian w obrębie wyrazu jest sygnałem zaburzenia. Część odkształceń zaliczanych do zmian syntagmatycznych może mieć charakter przejęzyczeń. Uporczywie utrzymujące się odkształcenia struktury wyrazu powinny podlegać terapii.

Niezależnie od powyższych klasyfikacji wad wymowy wyodrębniane są szczególne postaci dyslalii, które, choć można opisać je posługując się terminami już przedstawionymi, to jednak – ze względu na metodykę postępowania – powinny być wyraziście wydzielone. Chodzi o *mowę bezdźwięczną* (zwaną też *wymową bezdźwięczną*) i *palatolalię* (dyslalia z poszumem noso-

wym, która występuje przy rozszczepie podniebienia). Takiego wydzielenia dokonują np. G. Demelowa [1979] oraz I. Styczek [1979]. Warto wyodrębnić też wady wymowy samogłosek.

II. POSTĘPOWANIE PRZYGOTOWAWCZE

1. Kryteria oceny wymowy

Ze względu na częstość występowania wad wymowy (mogą one być jedynym symptomem komunikacji językowej, mogą też wchodzić w skład całej wiązki symptomów, tj. niewłaściwej realizacji składni, struktur tekstowych itp.) konieczna jest znajomość metodyki ich badania. Pozwala ona nakreślić charakter wad (rodzaj i nasilenie) oraz przyczyny ich powstawania, co z kolei wiąże się z metodyką postępowania logopedycznego.

Poprawność wymowy określamy biorąc pod uwagę pewne kryteria, które opisał J. T. Kania [1967]:

Kryterium ortoepiczne, czyli zgodności z normą. Poprawność tę oceniamy za pomocą słuchu. Prawidłowa wymowa powinna być „przezroczysta” – nie może zwracać szczególnej uwagi słuchacza.

Kryterium estetyczne polega na wzrokowej ocenie układu narządów artykulacyjnych. Na przykład przy głoskach międzyzębowych *t d l* brzmienie tych dźwięków może być prawidłowe, razi natomiast nieestetyczny układ warg i języka.

Kryterium wieku. Jeśli weźmiemy pod uwagę chronologię bezwzględną (określone normy dotyczące wieku pojawiania się konkretnych głosek) rozwoju wymowy, ocenimy, czy dany substytut mieści się w normie rozwojowej czy też nie. Ale nie należy też pomijać chronologii względnej. Jeżeli rozwój mowy przebiega wolniej, jednak określone umiejętności pojawiają się w logicznej kolejności – może to wynikać z dziedzicznych predyspozycji i przy niezbyt wielkim opóźnieniu nie powinno być powodem do niepokoju.

Kryterium medyczne wskazuje na etiologię zaburzenia. Sygnalizuje, że przy określonych anomaliach anatomicznych można się spodziewać wad wymowy.

Nie wszystkie artykulacje wyodrębnione jako odbiegające od normy są wadami. Niektóre, będące realizacjami gwarowymi lub głoskami realizowanymi zgodnie z wzorcami języków obcych, są błędami i tymi logopedia się nie zajmuje.

2. Badanie wymowy

O wymowie prawidłowej mówimy wówczas, gdy w spontanicznych wypowiedziach nie występują cechy odbiegające od skodyfikowanej [por. Klemensiewicz 1973] normy ortofonicznej. Z tak postawionego problemu wynika, że

obserwacja swobodnych wypowiedzi dziecka jest jednym z najistotniejszych elementów badania wymowy [por. Demel 1996; Rocławski 1981]. Zwracamy przy tym uwagę zarówno na brzmienie dźwięków, jak i na estetykę układów artykulacyjnych.

Nie zawsze istnieje możliwość dłuższego kontaktu z dzieckiem i słuchania jego rozmowy z rodzicami, rodzeństwem czy rówieśnikami. Należy wówczas porozmawiać z dzieckiem, poprosić o recytację wierszyka, zaśpiewanie piosenki, policzenie na przykład do dziesięciu.

Drugim elementem sprawdzania wymowy jest badanie za pomocą kwestionariusza obrazkowego. W zasadzie kwestionariusz powinien również dawać obraz wymowy spontanicznej. Instrukcja winna brzmieć: co widzisz na tym obrazku? Kwestionariusz obrazkowy stosujemy po to, aby nie pominąć żadnego fonemu, gdyż może się zdarzyć, że w swobodnych wypowiedziach dziecka jakiś dźwięk nie wystąpi. Praktyka poucza, że dzieci nazywając przedmioty przedstawione na obrazkach mobilizują się i ich wypowiedzi bywają znacznie wyrazistsze niż w trakcie dialogu czy recytacji wierszyka. Poza tym wymawianie pojedynczych wyrazów jest łatwiejsze niż wymawianie zdań.

Trzecim elementem badania jest powtarzanie. Polecamy powtarzać zdania, wyrazy, sylaby, głoski. Sprawdzamy w ten sposób możliwości artykulacyjne dziecka. Uzyskujemy odpowiedź na pytanie, czy głoskę należy wywołać, czy tylko utrwalić.

Wiele osób uważa kwestionariusz obrazkowy za narzędzie wystarczające do oceny stanu wymowy. W świetle powyższych uwag widać, że tak nie jest. Kwestionariusz jest jednym z elementów badania. Doświadczenie uczy, że w przypadku deformacji głosek (np. *r* języczkowego czy gardłowego) każdy rodzaj badania daje ten sam efekt, gdyż dziecko nie potrafi wymawiać inaczej. Gdy natomiast mamy do czynienia z głoskami substytuowanymi, możemy przy powtarzaniu i w kwestionariuszu uzyskać wymowę prawidłową, w wypowiedziach spontanicznych zaś dziecko realizuje substytuty.

Rodzaje kwestionariuszy. Najstarszym kwestionariuszem w polskiej literaturze logopedycznej jest *Kwestionariusz do ustalania zaburzeń mowy (dyslalii) u dzieci* L. Kaczmarka. Został wydany w 1955 r. Składa się on z 64 obrazków przedstawiających przedmioty, w których nazwach badana głoska występuje w nagłosie. Oczywiście głoski te pojawiają się i w innych pozycjach w wyrazie, ale pozycja nagłosowa posłużyła do odpowiedniego uporządkowania materiału obrazkowego według miejsc artykulacji. Dodatkowo autor zamieścił obrazki przedstawiające przedmioty o nazwach fonetycznie trudniejszych. Do kwestionariusza została dołączona karta do badania wymowy. Upływ czasu sprawił, że obrazki pewnych przedmiotów nie są już rozpoznawalne przez dzieci, np. rogatywka czy ręczna pompa. Obecnie ten

kwestionariusz służy logopedom przede wszystkim jako wzór do konstruowania własnego narzędzia.

W 1968 r. w książce *Rozwój wymowy dziecka przedszkolnego* [...] został przedstawiony kwestionariusz T. Bartkowskiej. Ma on inny układ niż kwestionariusz L. Kaczmarska. Uwzględnia proces narastania głosek w języku dziecka, prezentuje stopień trudności artykulacyjnych. Autorka dobiera obrazki do głosek: *b p m w f d t n ł ź ś dż ć ń l ch h g k y dz z ż rz c sz cz s*⁷. Zamieszcza w sumie 47 obrazków, nie uwzględniając jednak wszystkich głosek języka polskiego. Wątpliwości budzi też zaliczenie *y* do głosek o największym stopniu trudności artykulacyjnych. Realizację tej głoski mają sprawdzać w kwestionariuszu wyrazy 'ryba' i 'murzynek'. Wyrazy te młodsze dzieci wymawiają jako *l'iba* i *mużinek*, co wcale nie świadczy o braku umiejętności wymawiania *y*. Zwykle u tych dzieci w pozycji wygłosowej, np. w wyrazie *kf'aty* 'ts' głoska *y* bywa realizowana poprawnie.

Dobry kwestionariusz znajduje się w pracy D. Antos, G. Demel, I. Styczek *Jak usuwać seplenienie i inne wady wymowy*. Ma on charakter luźnych kart, które po jednej stronie zawierają obrazki (po 6 dla każdej głoski), a po drugiej obrazek sytuacyjny, przy którego omawianiu trzeba wielokrotnie użyć głoski badanej na poprzedniej stronie. Ten kwestionariusz można wykorzystać zarówno do diagnozy, jak i do terapii. Obrazki są czarno-białe.

Najbardziej rozpowszechniony kwestionariusz znajduje się w książce G. Demel *Minimum logopedyczne nauczyciela przedszkola*. Jest to zestaw 12 plansz, zawierających po 12 kolorowych obrazków i jedną kartę przedstawiającą różne czynności; karta ta nosi tytuł: „Co kto robi?” Na odwrotach kart z obrazkami znajdują się uzupełnianki słowno-obrazkowe.

Kwestionariusz, który autor nazywa testem ortofonicznym, prezentuje B. Rocławski [1981]. Test ten składa się z 40 obrazków.

Ostatnie lata przyniosły wiele publikacji logopedycznych zawierających kwestionariusze obrazkowe. Jednakże nie wszystkie z nich są poprawne pod względem fonetycznym.

Kwestionariusz powinien umożliwić zbadanie pełnej realizacji wszystkich fonemów języka polskiego, jego wariantów indywidualnych i pozycyjnych:

- a) fonemy dwuwargowe: *p b m p' b' m'*,
- b) fonemy wargowo-zębowe: *f v f' v'*,
- c) fonemy przedniojęzykowo-zębowe: *t d n s z c ʒ*,
- d) fonemy przedniojęzykowo-dziąsłowe: *r l (l') ś ź ć ʒ*,
- e) fonemy środkowojęzykowe: *ś ź ć ʒ ń*,
- f) fonemy tylnojęzykowe: *k g x k' g' (x')*,
- g) fonemy o postaci półsamogłosek: *j y*,

⁷ Autorka posługuje się zapisem ortograficznym dla oznaczenia głosek; zachowuję tę pisownię na zasadzie cytatu.

h) fonemy samogłoskowe ustne: *i y e a o u*,

i) fonemy samogłoskowe nosowe: *ɛ ɔ*.

Konstruując kwestionariusz na własny użytek, warto uwzględnić dwie pozycje dla spółgłosek zmiękczonej – przed *i* oraz przed inną samogłoską, ponieważ są dzieci, które mówią *p'jie* 'ts', ale *pes* 'pies'. Takie oboczne (uzależnione od kontekstu fonetycznego) artykulacje mogą dotyczyć głosek: *p' b' m' f' v' k' g' x'*.

Dla dzieci małych lub upośledzonych umysłowo mogą mieć zastosowanie kwestionariusze przedmiotowe.

Można też zastosować zamiast samodzielnego nazywania obrazków czy przedmiotów powtarzanie, czyli kwestionariusz wyrazowy. Nie bada się za jego pomocą wypowiedzi spontanicznych, ale można w nim umieścić wyrazy doskonale dobrane pod względem fonetycznym (kwestionariusz obrazkowy ma w tym względzie ograniczenia – nie wszystko da się narysować, nie każdy rysunek dzieci rozpoznają). W przypadku, kiedy wypowiedzi dziecka są praktycznie nierozpoznawalne (bardzo duża liczba substytutów), kwestionariusz wyrazowy będzie koniecznością; zdarza się bowiem, że dziecko błędnie rozpoznaje rysunek i wówczas, nieświadomi, iż czynimy błąd, usiłowalibyśmy porównywać taką wypowiedź z nazwą przedmiotu przedstawionego na obrazku.

Badanie kwestionariuszowe dobrze jest uzupełnić powtarzaniem wyrazów zawierających głoski opozycyjne, np. pod względem miejsca artykulacji, takich jak *s : ś : ś*, *k : t*, *g : d*, np. *szosa, zeszyt, czesać, kotek, jagoda, w teczce* itd. Analiza ewentualnych nieprawidłowości w ich wymowie pozwoli określić subtelniejsze trudności dzieci.

Kwestionariusze obrazkowe niezbędne są w badaniach grupowych, w sytuacji, kiedy brakuje innych możliwości sprowokowania dziecka do mówienia, gdyż odpowiada ono na pytania jednym słowem lub kiwnięciem głowy, a także gdy wypowiedzi są mało zrozumiałe. Odtworzenie systemu wymawianego jest możliwe tylko wówczas, gdy każdy segment dźwiękowy będzie jednocześnie odsyłał do desygnatu przedstawionego na obrazku lub będzie wynikiem powtórzenia.

Uzyskany materiał należy poddać dokładnej analizie. Oto przykład wypowiedzi 5-letniego dziecka (większość materiału uzyskano przez powtarzanie), którego system wymawianiowy odznacza się licznymi substytucjami: *pajont* 'pająk', *psuf* 'brzuch', *maf* 'mech', *paś* 'pies', *panośa* 'pieniądze', *pulto* 'biurko', *pynta* 'drabinka', *myśo* 'misio', *maśo* 'mięso', *śufy* 'fusy', *faf* 'węch', *śfata* 'święta', *fulta* 'wiewiórka', *tupa* 'tupie', *tlopy* 'trąbi', *śaśa* 'sędzia', *flona* 'wrona', *śataya* 'sałata', *śupa* 'zupa', *spanat* 'dzbanek', *śaś* 'zez', *śitlyna* 'cytryna', *lopat* 'robak', *papaluś* 'kapelus', *lys* 'lis', *śaś* 'sześć', *śapa* 'żaba', *śaśtofa* 'Częstochowa', *pośat* 'pączek', *śam* 'dżem', *śaty* 'siedzi', *śośat* 'sąsiad', *tayaśa* 'gałęzie', *śoś* 'siąść', *śafaś* 'dziewięć', *nyt* 'nikt', *śfat* 'dźwięk', *taśimalta* 'kamizelka', *śośta* 'książka', *taś* 'geś', *śontas*

‘ściagać’, *toɣop* ‘gołąb’, *toɣapa* ‘gołębie’, *flapoś* ‘chrabąszcz’, *śanty* ‘sanki’, *loty* ‘rogi’, *to* ‘kto’, *iašit* ‘język’, *taɣoś* ‘gałąź’, *ito* ‘ida’, *šapy* // *šampy* (po powtórzeniu) ‘zęby’, *mašoś* ‘miesiąc’, *ɣotno* ‘okno’, *ɣoto* ‘oko’, *ɣutulat* ‘ogórek’, *toša* ‘kosa’ i ‘koza’, *ɣufo* ‘ucho’, *tsašis* ‘księżyc’, *šośat* ‘sąsiad’, *fantal* ‘węgiel’, *lat* // *lant* (po powtórzeniu) ‘lęk’, *šap* ‘sęp’, *šata* ‘sięga’, *topaś* // *tompas* (po powtórzeniu) ‘kapać’.

Aby ustalić system fonologiczny dziecka, należy zestawić realizowaną formę wyrazu z jego fonetycznym zapisem:

pająk: [*pajonk*] → *pajont*, *k = t*;

brzuch: [*bžux*] → *pśuf*, *b = p*, *ž = ś*, *x = f*;

pies: [*p'eś*] → *paś*, *p' = p*, *e = a*, *s = ś* itd.

Po przeanalizowaniu materiału możemy stwierdzić, że u dziecka występują zaburzenia w realizacji wszystkich kategorii fonologicznych, grup głosek oraz głosek pojedynczych, a mianowicie:

- brak spółgłosek dźwięcznych (wymowa bezdźwięczna całkowita);
- brak spółgłosek miękkich;
- brak spółgłosek zwarto-szczelinowych;
- brak spółgłosek środkowojęzykowych z wyjątkiem *ś*;
- brak spółgłosek przedniojęzykowo-dziąsłowych dentalizowanych;
- brak spółgłosek przedniojęzykowo-zębowych dentalizowanych, w wyniku czego wszystkie głoski dentalizowane realizowane jako *ś* (a więc: *szcz, śżćż, śźćź = ś*);
- *k g = t*;
- *x = f*;
- *r = l*;
- *e = a*;
- *ę ɸ = a o*.

Dziecko posługuje się tylko 14 głoskami: *p t f ś l n m ɣ i i y o a u*; brakuje mu ok. 30 dźwięków. Jest to zaburzenie o charakterze paradygmatycznym [por. Kania 1975 b].

Poza tym obserwuje się tu odkształcenia struktury wyrazu (pierwotne zaburzenia syntagmatyczne) w postaci: elizji części wyrazu, np. *pynta* ‘drabinka’, *fulta* ‘wiewiórka’, *šaštofa* ‘Częstochowa’; przestawek, np. *śufy* ‘fusy’, *tašimalta* ‘kamizelka’, *šataɣa* ‘sałata’; asymilacji, np. *papaluś* ‘kapelusz’, *ɣutulat* ‘ogórek’. Substytucja spowodowała także wtórne zniekształcenia syntagmatyczne, polegające na wymuszonej redukcji nowo powstałych, nietypowych dla języka polskiego grup spółgłoskowych:

šaś ‘sześć’: **šaśś* (dwóch *ś* na końcu wyrazu wymówić nie sposób),

šoś ‘siaść’: **šośś*,

flapoś ‘chrabąszcz’: **flapośś*,

šošta ‘książka’: **tšošta* > **čošta* > *šošta*, gdyż u dziecka *ć = ś*,

nyt ‘nikt’: **nytt* (nie wymawia się dwu *t* na końcu wyrazu).

W wymowie badanego dziecka obserwuje się jeden wyraźnie zaznaczony element gwarowy – silną labializację nagłosowych *o-* *u-*, co daje postaci *uo-*, *uu-*. Dziecko pochodzi ze Śląska⁸.

Nawet w tym dość skromnym materiale można znaleźć swoiste zjawiska interesujące teoretyków języka, np. zupełną zmianę postaci wyrazowych – *panośa* ‘pieniądze’, w których każdy dźwięk brzmi inaczej niż w wyrazie wzorcowym, lub grupy spółgłoskowe obce polszczyźnie mówionej: *tś*, *śf* czy nagłosowe *tt* lub wygłosowe *śś*. Ciekawie rysuje się też problem samogłosek nosowych – brakuje ich nie tylko w wygłosie i przed spółgłoskami szczelinowymi, ale w większości przypadków również przed zwartymi, gdzie powinny pojawić się w postaci grup bifonematycznych (np. *ę* = **en*, *o* = **om*).

Głównym problemem w omawianym przypadku jest artykulacja. Zniekształcenia postaci wyrazów wynikają przede wszystkim z substytucji. Zniekształceń postaci wyrazu (według klasyfikacji Kani – pierwotne zaburzenia syntagmatyczne) jest niewiele.

Ważnym uzupełnieniem badania jest wywiad, na podstawie którego powinniśmy uzyskać informacje o dotychczasowym przebiegu rozwoju mowy dziecka. Należy wziąć pod uwagę ewentualne wadliwe wzorce rodziców czy rodzeństwa. Istotną informacją będzie np. wiedza o tym, że ktoś z rodziny zaczął mówić bardzo późno, gdyż mogą istnieć predyspozycje dziedziczne opóźnień. Należy też ustalić (w razie potrzeby) podłoże gwarowe, na którym budował się system językowy dziecka.

Logopeda powinien też zbadać słuch fonematyczny, do czego można wykorzystać pracę I. Styczek *Badanie i kształtowanie słuchu fonematycznego* lub B. Rocławskiego *Słuch fonemowy i fonetyczny* albo nawet poprosić dziecko o ocenę prawidłowości brzmienia wyrazów, które wypowiadamy poprawnie bądź wadliwie (należy przy tym wskazać nazywany przedmiot lub jego rysunek). Sprawdzamy autokontrolę słuchową, polecając dziecku poprawienie wypowiedzi wzorowanej na jego wymowie. Jeśli powiemy np. *ośy* wskazując na ‘oczy’ i dziecko stwierdza, że jest to wymowa błędna, i poprawia: *ośy* z pełnym przekonaniem, że powiedziało dobrze, to taka reakcja świadczy o braku kontroli słuchowej własnych wypowiedzi.

Konieczne, szczególnie przy deformacjach głosek, należy wykonać orientacyjne badanie słuchu, obejrzeć narządy artykulacyjne i zbadać ich motorykę. Niejednokrotnie potrzebne będą badania psychologiczne i pomoc takich specjalistów, jak: ortodonta, neuropsycholog, laryngolog, foniatra, psychiatra.

U dzieci w wieku szkolnym sprawdzamy umiejętność pisania i czytania. W badaniu tym chodzi o odpowiedź na następujące pytania:

- czy wady wymowy mają odbicie w piśmie?

⁸ Materiał pochodzi z pracy dyplomowej mgr Joanny Okonowicz, pisanej pod moim kierunkiem.

– czy zapis literowy (jest on w gruncie rzeczy „podpowiedzią”) wpływa na jakość wymawianego dźwięku?

Dane wynikające z wywiadów, badań pomocniczych i badań kwestionariuszowych pozwalają orzekać o przyczynach zaburzeń wymowy i umożliwiają zbudowanie programu terapii. Podstawą takiego programu winien być inwentarz brakujących fonemów i zasób realizujących je substytucji.

3. Skutki wad wymowy

Wady wymowy polegają na braku umiejętności wymawiania głosek zgodnie z normą ortofoniczną. Najczęściej mają postać substytucji i deformacji dźwięków. W przypadku substytucji (tj. zastępowania głosek przez inne głoski) wadą jest brak możliwości poprawnego wymawiania głosek u dzieci powyżej szóstego roku życia; zakładamy bowiem, że substytucje istniejące przed szóstym rokiem życia mają charakter rozwojowy. Do wad wymowy nie zaliczamy również realizacji gwarowych ani realizacji właściwych językom obcym.

Za wady uznać natomiast należy wszelkie deformacje głosek niezależnie od wieku, w którym się je obserwuje, gdyż nie bywają one ogniwami rozwojowymi w opanowywaniu systemu artykulacyjnego przez dziecko. Nie ustępują wraz z wiekiem, a wręcz przeciwnie – utrwalają się w wymowie.

Aby komunikacja językowa mogła prawidłowo funkcjonować, każdy z podsystemów języka powinien być realizowany zgodnie z normami obowiązującymi w danym społeczeństwie. Niewłaściwa realizacja podsystemu fonologicznego może w istotny sposób wpływać na zrozumiałość wypowiedzi.

Wady wymowy nie zawsze uniemożliwiają komunikację (ma to miejsce w przypadkach rozległej dyslalii), częściej w mniejszym lub większym stopniu ją utrudniają. W terapii powinno się dążyć do wyeliminowania elementów utrudniających zrozumienie. Rozumienie zakłócają przede wszystkim substytucje. Dzieje się tak szczególnie wówczas, mamy do czynienia z wymianami samogłosek – jedna samogłoska bywa zastępowana inną. Deformacje w zasadzie nie powodują braku zrozumienia wypowiedzi, zwracają jednak uwagę słuchacza, skupiając ją, w części przynajmniej, na sposobie mówienia zamiast na jej treści.

Wady wymowy powodują – w zależności od ich rodzaju, rozległości i wieku – różnorodne skutki. Oprócz problemów dotyczących funkcji komunikacyjnej przede wszystkim oddziałują na psychikę dziecka, dzieci bowiem z wadami wymowy są często przedrzeźniane i wyśmiewane przez rówieśników; znane są przypadki zahamowania rozwoju mowy, gdy z powodu braku skuteczności wypowiedzi dziecko przestaje się odzywać. Znane są też przypadki jąkania spowodowanego sytuacją, gdy otoczenie bezustannie poprawiało wadliwą wymowę dziecka, nie objaśniając mu, co należy zrobić, aby

dźwięk brzmiał dobrze. Problem psychicznych skutków wadliwej wymowy nasila się w okresie dojrzewania, gdy młoda osoba staje się szczególnie wrażliwa na odbiór własnych zachowań przez pleć odmienną.

Zaburzenia wymowy polegające na substytucji ujawniają się przede wszystkim w okresie nauczania początkowego. W związku z zaburzeniami słuchu fonematycznego nasilają się kłopoty z nauką czytania i pisanie – obserwuje się wówczas odbicie wad wymowy w piśmie.

W późniejszym okresie w zasadzie substytucji już się nie obserwuje; problemem stają się deformacje, choć na ogół one w nauce szkolnej nie przeszkadzają. Jednakże u progu dojrzałości wiele z nich ogranicza życiowe możliwości młodego człowieka. Osoby z wadami wymowy nie mogą bowiem pełnić zawodów, w których używanie języka jest narzędziem pracy: nauczycieli przedszkola, logopedów, aktorów, spikerów radiowych i telewizyjnych, nie będą również śpiewakami czy nawet lotnikami. Niektóre wady ograniczają człowieka w pełnieniu funkcji publicznych.

Celem terapii wad wymowy jest więc poprawienie zrozumiałości wypowiedzi (przy substytucjach) oraz estetyki mówienia (przy deformacjach) zarówno w aspekcie akustycznym, jak i wizualnym.

U dzieci upośledzonych umysłowo i dzieci ze zmianami anatomicznymi w obrębie narządów artykulacyjnych usunięcie deformacji może być bardzo trudne. Jeśli te deformacje nie zniekształcają wypowiedzi pod względem semantycznym, możemy je pozostawić, likwidując jednak substytucje.

4. Przyczyny wad wymowy

Wady wymowy niezależnie od tego, czy są jedynym problemem dziecka, czy towarzyszą innym zaburzeniom – na ogół mają jakąś przyczynę. Jej określenie jest istotnym elementem terapii, gdyż podstawowym warunkiem pozwalającym na rozpoczęcie pracy nad prawidłową artykulacją głoski winno być usunięcie przyczyny, która wadę spowodowała.

Poszczególne badacze dostrzegają w zasadzie analogiczne przyczyny wad wymowy; różna tylko pozostaje ich interpretacja i terminologia służąca do opisu. I tak np. L. Kaczmarek [1981 s. 103 n.] wskazuje na następujące przyczyny: 1) audiogenne (słuchowe, sensoryczne), 2) mechaniczne, czyli dysglosja (uwarunkowane uszkodzeniami obwodowych narządów mowy), 3) funkcjonalne (środowiskowe), 4) centralne (anartria, dyzartria, uwarunkowane uszkodzeniami ośrodków i dróg nerwowych), 5) sprzężone.

Według H. Rodak [1992] wady wymowy mają swoje przyczyny:

- w zaburzeniach słuchu fonematycznego,
- w braku troskliwości rodziców i opiekunów o wymowę,
- w obniżeniu inteligencji,
- w anatomicznych uszkodzeniach narządów mowy,

– w słabej sprawności narządów mowy oraz w chorobach organicznych i porażeniu okolicy rdzenia przedłużonego.

Terapia wad wymowy wymaga znajomości fonetyki artykulacyjnej, która opisuje m.in. układ narządów mowy przy wymawianiu poszczególnych głosek, wskazuje też na możliwości kompensacyjne pracy artykulatorów, określa warianty (pozycyjne i fakultatywne) fonemów, a także uświadamia, jak niezależnie od zapisu ortograficznego konkretna głoska realizowana jest w wymowie.

Logoterapia wymaga również przynajmniej elementarnej znajomości podstaw pedagogiki i psychologii, aby umieć dopasować odpowiednie metody do możliwości dziecka i stworzyć atmosferę sprzyjającą terapii.

5. Etapy pracy korekcyjnej

Wyróżnia się zasadniczo trzy etapy pracy korekcyjnej: etap przygotowawczy, etap wywołania dźwięku i etap utrwalania. Te etapy poprzedzone są diagnozą logopedyczną, w czasie której dokonuje się oceny stanu wymowy oraz w miarę możliwości określa się przyczynę zaobserwowanych wad.

1. Etap przygotowawczy to postępowanie zmierzające do usunięcia przyczyny. Najczęściej logopeda prowadzi dwa rodzaje ćwiczeń – usprawnianie słuchu fonematycznego i motoryki narządów mowy, jeśli badając stwierdzi niedostatki w tym zakresie. Ćwiczenia słuchu fonematycznego są potrzebne wówczas, gdy dziecko nie odróżnia (lub ma wahania w tym względzie) pewnych głosek i albo konsekwentnie zastępuje je innymi, albo je miesza. Praca ma na celu nauczenie dziecka odróżniania mylnych głosek. Ćwiczenia rozpoczyna się zwykle od wysłuchania przez dziecko wyraźnie wymawianych przez logopedę głosek, których ono nie rozróżnia – w izolacji, w miarę potrzeby uzupełniając artykulację gestami, np. przy różnicowaniu dźwięcznych i bezdźwięcznych przy głosce dźwięcznej kontrolujemy pracę krtani dotykiem; przy wątpliwościach dotyczących *s – ś* przy *ś* można unieść dłoń do pionu, wskazując tym samym na ułożenie czubka języka przy dziąsłach. Zwracając uwagę na różnice w brzmieniu poszczególnych głosek, można wykorzystać głosy zwierząt (inaczej syczy wąż, inaczej brzęczy trzmiel). Po uświadomieniu różnicy dalsze ćwiczenia będą polegały na wyszukiwaniu konkretnej głoski wśród innych⁹: w izolacji, w sylabach, w podanych wyrazach, w nazwach obrazków itp.

W przypadkach tzw. dysglosji, czyli wad wymowy spowodowanych nieprawidłową budową i funkcjonowaniem narządów mowy, której objawem są

⁹ Przykładowy zestaw ćwiczeń słuchu fonematycznego znajduje się w pracy I. Styczek *Badanie i kształtowanie słuchu fonematycznego (komentarz i tablice)* [1982] oraz w artykule J. T. Kani *Fonetyczna i logopedyczna charakterystyka mowy bezdźwięcznej* [1975 a].

przede wszystkim deformacje brzmienia dźwięku, etap przygotowawczy polega na usprawnieniu wadliwie funkcjonującego narządu¹⁰. Przy nieprawidłowej budowie narządów mownych trzeba odesłać dziecko do odpowiedniego specjalisty (ortodonta, laryngolog), który podejmie leczenie dysfunkcji. Logopeda powinien być na bieżąco zorientowany w przebiegu takiego leczenia; chodzi o to, aby swoimi ćwiczeniami temu procesowi nie przeciwdziałać.

Dosyć często mamy do czynienia z różnymi porażeniami języka, które mogą być wiotkie lub spastyczne, jedno- lub obustronne. W zależności od rodzaju porażenia dobiera się odpowiednie ćwiczenia, stopniując ich trudność. W wielu przypadkach potrzebne są tylko wybiórcze ćwiczenia, usprawniające określone części języka, np. czubek, którego dziecko nie potrafi unieść do dziąseł. Są sytuacje, gdzie język jest sprawny ruchowo, jednak dziecko nie potrafi wykonać świadomie pewnych układów, nie umie utrzymać języka w określonej pozycji. We wszystkich przypadkach terapia musi się rozpocząć od ćwiczeń usprawniających język. Ćwiczenia te mają na celu z jednej strony uruchomienie niedostatecznie funkcjonujących jego części (przód, środek, tył), z drugiej – nauczenie świadomego panowania nad tym narządem mowy.

Znacznie rzadziej spotykamy porażenie warg. W takich przypadkach intensywne ćwiczenia zaczynamy od masażu, a kończymy na samodzielnym wykonywaniu przez pacjenta zwarć, cmoknięć, wysuwania warg, zaokrąglania, spłaszczania itp.

W przypadkach rozszczepu (podniebienie, górna warga) skuteczną terapię logopedyczną można prowadzić dopiero po operacji. Rehabilitację przedoperacyjną wykonują placówki medyczne; logopeda zajmuje się dzieckiem, gdy zagoją się szwy pooperacyjne.

Bardzo trudne, w wielu przypadkach niemożliwe do całkowitego usunięcia, są porażenia narządów mownych (głównie języka), spowodowane mózgowym porażeniem dziecięcym.

Niekiedy usprawnienia wymaga też zuchwa, np. przy szczękoscisku.

Drugim etapem postępowania logopedycznego jest wywołanie głoski. Na ogół rodzice dziecka dyslalicznego dostrzegają problemy niekoniecznie tam, gdzie są one najistotniejsze; najbardziej niepokoją się brakiem *r*. Jednakże biorąc pod uwagę aspekt logopedyczny, należy uwzględnić inną kolejność pracy nad brakującymi lub wadliwie realizowanymi głoskami.

Budując optymalne postępowanie terapeutyczne, według J. T. Kania¹¹ należy: 1) rozpocząć pracę od dźwięku, który najwcześniej pojawia się

¹⁰ Zestawy ćwiczeń wszystkich narządów artykulacyjnych znajdują się w artykule J. T. Kania *Ćwiczenia usprawniające motorykę narządów mowy* [1972] oraz w *Logopedii I*. Styczek [1979].

¹¹ J. T. Kania podawał te zasady na wykładach dla studentów; w artykule *Dyslalie na tle procesu rozwojowego artykulacji* [1967] niektóre z nich zasygnalizował.

w mowie dziecka; 2) zająć się dźwiękiem, nad którym dziecko samo pracuje, np. odróżnia słuchem, ale nie potrafi jeszcze wymówić; 3) pracować nad dźwiękami, których wadliwa postać jest mniej utrwalona; 4) zajmować się dźwiękiem, który najłatwiej daje się wywołać.

Poza tymi ogólnymi wskazówkami, które mają zastosowanie w przypadku wad złożonych, istnieją szczegółowe, tradycyjnie stosowane zasady dotyczące kolejności pracy nad głoskami określonych grup wydzielonych ze względu na miejsce artykulacji lub stopień otwarcia. Będą one omawiane przy charakterystyce postępowania w przypadku konkretnych wad.

Należy również wspomnieć o metodach wywoływania głosek. Najczęściej stosuje się tu podział na metody fonetyczne i mechaniczne [zob. Kania 1968]. Metody fonetyczne polegają na tym, że punktem wyjścia brakującego dźwięku jest inny, prawidłowo realizowany dźwięk, który należy przekształcić, np. przedłużając go, łącząc dwa dźwięki, wymawiając wielokrotnie i szybko itp. Istotą metod mechanicznych jest rozpoczynanie pracy od ułożenia narządów mowy, co można osiągnąć poprzez objaśnienie ich układu w jamie ustnej, pokazywanie właściwego układu lub mechaniczne ich układanie, np. szpatułką.

I. Styczek [1979 s. 446-455] prezentuje następujące metody pracy nad artykulacją:

- 1) ćwiczenia narządów mowy,
- 2) wyjaśnianie położenia narządów mowy,
- 3) kontrola dotyku i czucia skórnej dłoni,
- 4) kontrola wzrokowa,
- 5) przekształcenie głosek (metoda fonetyczna),
- 6) ustawianie głosek za pomocą szpatułki,
- 7) gesty umowne, np. wzniesienie wyprostowanej dłoni ku górze oznacza uniesienie czubka języka do góry,
- 8) ćwiczenia słuchu fonematycznego,
- 9) ćwiczenia słuchu muzycznego,
- 10) ćwiczenia autokontroli słuchowej,
- 11) ćwiczenia kinestezji mowy.

Logopeda wybiera niektóre z nich stosownie do potrzeb.

Jeszcze inaczej scharakteryzowała metody wywoływania głosek M. Rodak [1992 s. 32]. Wyróżniła ona:

- 1) metody audiopedagogiczne (stosowane w pracy z dziećmi charakteryzującymi się słabą uwagą i pamięcią audytywną);
- 2) metody logopedyczne (ćwiczenia motoryki mówienia i produkowania dźwięków). Metody logopedyczne dzielą się na:
 - a) metody pasywne (stosowanie narzędzi i sond logopedycznych, za pomocą których powodujemy właściwe ułożenie narządów mowy pacjenta),

- b) metody odczytywania mowy z ust (wzrokowe), polegające na tym, że dziecko początkowo obserwuje ułożenie narządów mowy u logopedy, następnie próbuje je naśladować, wreszcie wypowiada głoskę,
- c) metody aktywne, polegające na przekształcaniu tzw. dźwięku pomocniczego w dźwięk docelowy, tj. ten, którego dziecko ma się nauczyć,
- d) metody usprawniania narządów artykulacyjnych.

Etap trzeci jest etapem utrwalania. W bardzo wielu przypadkach utrwalanie głoski, czyli nauczenie pacjenta posługiwania się nią w rozmaitych kontekstach sytuacyjnych, jest najdłuższą trwającą częścią terapii. Należy pamiętać, że głoskę, którą udało się wywołać, powinno się wyćwiczyć tak, aby była wymawiana swobodnie, bez wysiłku. Świadomy wysiłek artykulacyjny utrudnia proces utrwalania głoski. Zaleca się więc wielokrotne powtarzanie dźwięku w izolacji, następnie w sylabach, wyrazach i wreszcie w swobodnych wypowiedziach.

Stopniowanie trudności pracy nad artykulacją poszczególnych dźwięków przekonująco ilustrują poniżej przedstawione punkty skali opracowanej przez Ch. von Ripera i J. V. Irwina, którzy nazwali ją termometrem mówienia:

- 1) wiem, jak wymawia się dźwięk;
- 2) mogę wymówić dźwięk;
- 3) mogę wymówić dźwięk prawidłowo między samogłoskami;
- 4) mogę wymówić dźwięk prawidłowo w nagłosie wyrazu;
- 5) mogę wymówić dźwięk prawidłowo w śródgłosie wyrazu;
- 6) mogę wymówić dźwięk prawidłowo w wygłosie wyrazu;
- 7) mogę wymówić dźwięk prawidłowo podczas czytania;
- 8) mogę wymówić dźwięk prawidłowo w poradni;
- 9) mogę zawsze prawidłowo posługiwać się dźwiękami [za: Kania 1975 a].

Zasygnalizowany wyżej podział metod wywoływania głosek nie wyczerpuje zagadnienia. Logopeda powinien znać co najmniej kilka konkretnych sposobów wywoływania głosek, szczególnie tych, które najczęściej ulegają wadom, i tych, które są najtrudniejsze do uzyskania. Najwięcej kłopotów sprawiają zwykle deformacje. W wielu przypadkach trzeba sprawdzić kilka technik, zanim trafimy na tę właściwą, czyli najkorzystniejszą dla danego pacjenta.

III. METODYKA USUWANIA WAD WYMOWY. CHARAKTERYSTYKA WAD WYMOWY. TECHNIKI WYWOŁYWANIA GŁOSEK

Najbardziej rozległe w aspekcie ilościowym są zaburzenia obejmujące całe kategorie fonologiczne. Do takich należy kategoria dźwięczności i od niej też warto rozpocząć omawianie wad, gdyż uniknie się wówczas powtarzania pewnych informacji przy charakterystyce mniejszych grup głosek.

Jej zaburzenia noszą nazwę mowy lub wymowy bezdźwięcznej. Jest to wada, która dotyczy 13 głosek; dziecko nie wymawia tych spółgłosek dźwięcznych, które mają swoje bezdźwięczne odpowiedniki – chodzi o głoski zwarte, zwarto-szczelinowe i szczelinowe: *b b' d g g' ʒ ʒ' ʒ̣ v v' z ʒ' ʒ̣*, są one zastępowane przez bezdźwięczne odpowiedniki, np. *b = p*, *z = s* itd. Zrozumiałość wypowiedzi dzięki kontekstowi i konsytuacji jest dość dobra. Przyczynę tej wady upatruje się najczęściej w zaburzeniach słuchu fonematycznego; towarzyszy ona też ubytkom słuchu, bywa skutkiem braku koordynacji między pracą narządów artykulacyjnych w jamie ustnej a pracą więzadeł głosowych. Głównym powodem, dla którego powinno się tę wadę korygować, jest jej odbicie w piśmie. Z powodu kłopotów z odróżnianiem słuchowym członów par opozycyjnych: dźwięczna – bezdźwięczna w wymowie własnej i w wymowie innych osób dzieci nie radzą sobie z lokalizacją tych głosek w wyrazach długo jeszcze po nauczaniu się ich prawidłowej artykulacji.

J. T. Kania [1975 a], dokładnie charakteryzując tę wadę, wyróżnia mowę bezdźwięczną całkowitą, która dotyczy 13 dźwięków, oraz częściową, obejmującą mniejszą liczbę głosek i która najprawdopodobniej jest zejściową postacią mowy bezdźwięcznej całkowitej. W przypadku trudności ujawniających się tylko na poziomie artykulacyjnym (przy zachowaniu kontroli słuchowej) wada może nie mieć odbicia w piśmie. W tekstach pisanych przez dzieci dotknięte tym zaburzeniem spotykamy różnego rodzaju błędne zapisy zastępowania dźwięcznych bezdźwięcznymi, bezdźwięcznych dźwięcznymi, zamianę miejsc dźwięcznych i bezdźwięcznych, połączenia zupełnie nietypowe dla polszczyzny, np. *putelka* 'butelka', *rzawy* 'szafy', *pudy* 'buty', *biagi* 'ptaki'. Część wyrazów zapisywana jest dobrze, bo dziecko bazuje również na wzroku i pisownię niektórych wyrazów zapamiętuje. Bardziej poprawnie zapisywane są też wyrazy, w których spółgłoski są jednorodne pod względem dźwięczności.

Terapia powinna mieć na celu przede wszystkim nauczenie odróżniania słuchowego głosek dźwięcznych i bezdźwięcznych, nauczenie wymawiania dźwięcznych i wreszcie wprowadzenia ich do właściwych miejsc w wyrazach i dłuższych wypowiedziach. W trakcie utrwalania powinna się wykształcić autokontrola własnych wypowiedzi.

Kolejność pracy nad głoskami dźwięcznymi w przypadku ich braku zaproponował J. T. Kania. Ustalił on kolejność wywoływania tych głosek biorąc pod uwagę dwie cechy artykulacyjne: stopień zbliżenia narządów mownych i miejsce artykulacji. Sformułował ostatecznie dwie zasady, dające w efekcie optymalną sekwencję pracy nad głoskami:

- 1) łatwiej udźwięcznić głoskę, która ma większy stopień otwarcia;
- 2) łatwiej udźwięcznić głoskę, która jest zlokalizowana dalej od więzadeł głosowych. Uzyskuje się w ten sposób następujący porządek:

v v' z ʒ' ʒ̣ b b' d g g'

Wywoływanie poprzedzamy pracą nad uświadomieniem różnicy między głoskami dźwięcznymi i bezdźwięcznymi. Osiągnąć to można poprzez czucie – dziecko kontroluje dotykiem zachowanie się krtani logopedy, który wymawia głoski dźwięczne i bezdźwięczne w izolacji, następnie dziecko powtarza za logopedą, np. samogłoski głośno i szeptem, drugą rękę trzymając na swojej krtani. Można tu wykorzystywać też opozycje spółgłoskowe, takie jak: $p - m$, $t - n$, $c - l$ itp. Następnie prowadzi się ćwiczenia słuchowego różnicowania pary opozycyjnej $f - v$ ¹². Gdy dziecko właściwie ocenia różnice między tymi głoskami, można przystąpić do wywoływania głoski v . Najprościej jest przy wymawianiu przedłużonego u lub u lekko przycisnąć dolną wargę do krawędzi górnych zębów, aby utworzyć w tym miejscu szczelinę. Wywołanie v i wprowadzenie tej głoski do sylab i wyrazów na ogół nie nastrocza większych trudności; równoległe utrwała się głoskę v' , która nie wymaga osobnych zabiegów.

Wywoływanie kolejnej głoski – z – następuje po utrwaleniu v i v' . Głoskę tę możemy uzyskać w ten sposób, że wymawiamy parę $f - v$ tak, aby przy f dłoń była daleko od krtani, przy v dotykamy krtani; powtarzamy to kilkakrotnie, a następnie dołączamy parę głosek $s - z$ z taką samą kontrolą krtani. Jest bardzo duża szansa, że przy próbie wymówienia z zadrgają więzadła głosowe. Należy pamiętać, żeby dziecko było rozluźnione, aby nie miało napiętych mięśni, bo to może uniemożliwić uzyskanie dźwięczności. Zaleca się także przy wywoływaniu głoski z wykorzystywanie wcześniej uzyskanej spółgłoski v w ten sposób, że łączymy te głoski: vzz . Niekiedy problemem jest połączenie nowo wywołanej głoski z z samogłoską, co staramy się przezwyciężyć, przedłużając wymowę tej spółgłoski i stopniowo dołączając do niej samogłoskę, aby powstała sylaba. Możemy też ułożyć proporcję: $fa - va$ i $sa - za$ przy spółgłoskach dźwięcznych, przykładając rękę do krtani. Na etapie wywoływania i wstępnego automatyzowania głosek dźwięcznych mogą się pojawić artykulacje półdźwięczne, typu vff , zss czy vfa , zsa . Po pewnym czasie udaje się je przezwyciężyć. Kolejne głoski wywołujemy – analogicznie jak z – po utrwaleniu poprzednich. Często rozpoczęcie udźwięczniania i utrwalenie dwu czy trzech głosek jest impulsem do samorzutnego pojawienia się kolejnych dźwięcznych, co sprawdzamy polecając dziecku wymówić kolejne głoski z „listy”. Zdarza się też konieczność intensywnej pracy nad niektórymi przynajmniej głoskami, wtedy również warto wykorzystywać sprzyjające sąsiedztwo fonetyczne, np. łączenie mb (dla b), nd (dla d).

Jeśli pracujemy z dziećmi przedszkolnymi, uwzględniamy przede wszystkim słuchanie i wykorzystujemy czucie. Należy pamiętać, że kontrolowanie

¹² Przykładowe, a zarazem wzorcowe ćwiczenia tego typu znajdziemy we wspomnianym już artykule J. T. Kani *Fonetyczna i logopedyczna charakterystyka mowy bezdźwięcznej* [1975 a] i w *Logopedii* I. Styczek [1979].

pracy krtani jest możliwe głównie podczas wymawiania głosek w izolacji, częściowo w sylabach lub w wyrazach, w których te głoski występują w pozycji nagłosowej (w śródgłosie przy bardzo wolnej wymowie, dzieląc wyraz na sylaby). Utrwalając głoskę w wymowie, trzeba równocześnie ćwiczyć słuch fonematyczny (jeśli były z nim kłopoty) i uczyć kontroli słuchowej własnych wypowiedzi. W tym celu na początku nagrywamy wypowiedzi dziecka i razem z nim oceniamy ich jakość.

U dzieci szkolnych dodatkowo wykorzystujemy pismo; przede wszystkim powinny być to dyktanda. Błędnie zapisane wyrazy odczytujemy głośno, dziecko ocenia ich poprawność i zapisuje raz jeszcze. W przypadku dużych trudności – na początku dzielimy wyrazy na sylaby. Gdy dziecko ma głoski wywołane, możemy polecić powtórzenie podyktowanego wyrazu lub zdania i dopiero potem pozwolić to zapisać. Wykorzystujemy też czytanie. Ponieważ wiele dzieci z nie ukończoną terapią wymowy bezdźwięcznej przy czytaniu popełnia błędy polegające na wymowie doliterowej, realizując dźwięcznie wszystkie głoski, które są w zapisie ortograficznym, dobrze jest na początek podkreślić w tekście te głoski, które powinny być wymawiane z udziałem wiązań głosowych, np. *Balbinka odnalazła swoje kolorowe obrazki*. Należy pamiętać, że w wielu przypadkach terapia mowy bezdźwięcznej może trwać nawet kilka lat; szczególnie przedłuża się u dzieci upośledzonych umysłowo, co ma związek z opóźnieniem rozwoju mowy, często występującym u tej grupy dzieci.

Uwaga! Należy zawsze uświadamiać nauczycieli, że za błędy w piśmie spowodowane wadami wymowy nie wolno obniżać uczniom oceny z języka polskiego (ani z innych przedmiotów). Nie wynikają one z lenistwa dziecka, są objawem zakłóceń w funkcjonowaniu czynności psychofizycznych, za co nie można karać. Należy te błędy poprawiać, a dziecko skierować na terapię.

Spółgłoski dentalizowane¹³. Jak już zostało powiedziane, wady tych głosek są określane mianem *sygmatyzmu* lub *seplenienia*. Najpełniejszą charakterystykę nieprawidłowości w wymowie tych głosek podała I. Styczek [1963; 1979]. Mamy więc:

Seplenienie wargowo-zębowe (*sigmatismus labio-dentalis*) – powstaje na skutek przeciskania się powietrza wydechowego przez małą szczelinę utworzoną między dolną wargą a górnymi siekaczami lub między górną wargą a dolnymi siekaczami. Język nie bierze udziału w artykulacji.

Seplenienie międzyzębowe (*sigmatismus interdentalis*) – polega na tym, że czubek języka wsuwa się między zęby w linii środkowej (seplenienie międzyzębowe środkowe). Miejsce artykulacji jest zachowane przy głoskach *s z c ʒ* i *ś ź ć ʒ* lub zmodyfikowane przy głoskach *š ž č ʒ*. Pewną odmianą tej

¹³ Grupa głosek wymagających dentalizacji wydzielana jest także w innych językach, np. w czeskim są to *sykavki*, w niemieckim *S-Laute*.

wady jest seplenienie międzyzębowe boczne (*sigmatismus lateroflexus*), które obserwuje się np. przy jednostronnym porażeniu języka. Wówczas jedna strona języka wznosi się do dziąseł (jak przy głosce *š*), a druga pochylona wsuwa się między siekacze i zęby trzonowe, gdzie tworzy się boczna szczelina, którą wychodzi powietrze.

Seplenienie przyzębowe (*sigmatismus addentalis*) – przy tego typu wymowie przednia część języka układa się płasko, a rozproszone powietrze wychodzi szerokim strumieniem. Powstają w ten sposób artykulacje o brzmieniu pośrednim między *s* a *š*.

Seplenienie boczne (*sigmatismus lateralis*) występuje w kilku postaciach, np. język może się układać jak przy głosce *l* i powietrze wychodzi boczną szczeliną, bywa też niesymetryczne ułożenie całego języka (obserwujemy coś w rodzaju „skręcenia” języka w lewo lub w prawo) i w związku z tym powstaje boczna szczelina, np. przy kłach.

Seplenienie krtaniowe (*sigmatismus laryngealis*) według I. Styczek jest formą rzadko spotykaną; głoski są produkowane w krtani; jest to tzw. szmer krtaniowy.

Sigmatismus stridens (brak polskiego odpowiednika) – to określenie odnosi się do efektu akustycznego polegającego na bardzo ostrym brzmieniu głosek. Powstaje on na skutek zbyt głębokiego rowka na środku języka, w związku z czym strumień powietrza jest zbyt silny.

Te terminy są niejako uniwersalne, bo dotyczą wszystkich głosek dentalizowanych. Trzeba jednak zaznaczyć, że każda z trzech grup (zębowe, dziąsłowe i środkowojęzykowe) charakteryzuje się różnymi deformacjami. Na przykład artykulacja międzyzębowa jest najbardziej charakterystyczna dla *s z c ʒ*, przy pozostałych głoskach obserwuje się ją bardzo rzadko. Poza tym istnieją jeszcze inne wady, które nie mieszczą się w obrębie wyżej wymienionych typów nieprawidłowości. Warto opisać każdy szereg indywidualnie.

Spółgłoski *š ž č ʒ*. W artykulacji tych głosek bierze udział czubek języka, który tworzy szczelinę z wałkiem dziąsłowym (lub zwarcie i szczelinę przy zwarto-szczelinowych). Boki języka przylegają do dziąseł i zębów górnych, środek tworzy łyżeczkowate zagłębienie. Wargi są nieco zaokrąglone. Taką wymowę *š* ma większość Polaków i nazywa się ona koronalną.

Kilka procent społeczeństwa ma inny układ języka przy wymowie tej głoski. Szczelinę z dziąsłami tworzy nie czubek, lecz przednia część grzbietu języka (wymowa dorsalna); oczywiście na środku języka nie ma wgłębienia, a efekt akustyczny z punktu widzenia kryterium ortoepicznego (słuchowego) w większości przypadków nie jest dobry. Zdarza się jednak brzmienie zupełnie dobre i wówczas nie traktujemy takiego układu języka jako wadliwego. Jeśli zaś dźwięk nas razi – należy uznać taką artykulację za nieprawidłową. Dorsalne (grzbietowe) *š* u poszczególnych osób daje różny efekt akustyczny – od świszczących, zanadto syczących poprzez lekko zmiękczone aż do „zbyt wyraźnych”.

W przypadku, gdy brzmienie dźwięku nas niepokoi, spróbujmy najpierw określić rodzaj wymowy (koronalna czy dorsalna). Najłatwiej to zrobić polecając dziecku wymawianie *š* z czubkiem palca włożonym między zęby trzonowe (aby uniemożliwić dentalizację, gdyż za zębami nie widać języka). Jeśli zauważymy wędzidelko – to jest wymowa koronalna, jeśli grzbiet języka – dorsalna.

Na ogół (spotkałam jeden wyjątek) cały szereg głosek dźwiękowych dana osoba wymawia jednakowo – koronalnie lub dorsalnie. Układ języka dla głosek *š ž č ž* jest podobny, z tym że w pierwszej fazie artykulacji głosek *č* i *ž* mamy zwanie czubka języka z wałkiem dźwiękowym (patrz odpowiednie schematy). Oczywiście w artykulacji głosek *ž* i *ž* biorą udział wiązadła głosowe, czego nie ma przy *s* i *c*.

Spółgłoski przedniojęzykowo-dźwiękowe pojawiają się w mowie dziecka dość późno; najczęściej jako ostatnie, nawet po głosce *r*. Na ogół jest to związane z rozwojem słuchu fonematycznego – znaczne podobieństwo akustyczne głosek dentalizowanych wymaga dłuższego czasu, aby je od siebie odróżnić. Choć niejednokrotnie cztero- i pięcioletki posługują się głoskami *š ž č ž*, to większość badaczy rozwoju mowy podaje, że dziecko ma prawo uczyć się tych głosek do 6 roku życia.

Wady głosek przedniojęzykowo-dźwiękowych można podzielić na dwie grupy – substytucje i deformacje. Przy substytucjach musimy mieć na uwadze wiek dziecka i pamiętać, że o tego typu wadach możemy mówić dopiero w wieku szkolnym. W klasach zerowych niejednokrotnie mamy do czynienia z nie ukończonym rozwojem mowy w zakresie fonetyki, co nie zawsze musi być wadą. Substytucje głosek *szcz* przez *šžčž*, *śżćż*, rzadziej przez *t d x* – te ostatnie nawet u pięcioletków wadami są niewątpliwie. Substytucje są nazywane parasygmatyzmami.

Deformacje to przede wszystkim artykulacje boczne, przyzębowe, boczno-międzyzębowe, dorsalne (jeśli efekt akustyczny jest niedobry), międzyzębowe (możliwe tylko przy dorsalnej artykulacji). Są to tzw. sygmatyzmy właściwe, w postaci spolszczonej nazywane seplenieniami z konkretnymi określeniami, np. seplenienie boczne itd.

Skuteczność terapii zależy od kilku czynników, przede wszystkim od rodzaju wady i jej przyczyn. Często logopedzi mają małych pacjentów z substytutami *šžčž* = *szcz*. W takim przypadku zawsze należy sprawdzić, czy dziecko odróżnia słuchem te dwa szeregi, np. oceniając wymowę logopedy, który wskazując na różne przedmioty, wymawia ich nazwy czasami prawidłowo, czasami z zastosowaniem substytutu. Jeżeli dziecko nie jest w stanie określić, która wypowiedź jest poprawna, która nie – pracę należy rozpocząć od ćwiczeń różnicujących te szeregi. Można rozpocząć od dźwięków nie związanych z mową, np. syk powietrza wypuszczanego z balonika i szelest gnieczonego papieru. Następnie przechodzimy do długo wymawianych głosek *ssss...* i *šššš...*

Jeśli dziecko nie ma tego typu problemów, trzeba jeszcze sprawdzić, czy potrafi unosić czubek języka do góry. Jeśli nie – musimy tego nauczyć, stosując proste ćwiczenia, np. zlizywanie miodu z talerzyka, kłaskanie, odrywanie od podniebienia przylepionego tam wafelka, opłatka, klejącego się cukierka, kuleczki z chleba. Nieraz jest tak, że dziecko potrafi unieść język do dźwięka (o czym może świadczyć prawidłowo realizowana głoska *l*), ale nie potrafi tego zrobić na polecenie. Ćwiczenia polegające na odlepieniu czegoś od podniebienia są tu niezwykle pomocne.

Wywoływanie zaczynamy zwykle od głoski *š*. Polecamy w tym celu unieść czubek języka do dźwięka (można trochę dalej, bliżej podniebienia). Ćwiczenie powtarzamy kilkakrotnie, polecając język unosić i opuszczać, przytrzymywać w górze przez chwilę itp. Następnie ćwiczymy zaokrąglenie warg, co czasem nie jest proste; dzieci robią „dziobek”, a powinno być tylko lekkie wysunięcie warg do przodu i ich niewielkie zaokrąglenie, podobne jak przy samogłosce *o*. Potem łączymy te dwa elementy: układ języka i warg oraz zbliżamy siekacze (głoska dentalizowana!) i proponujemy dziecku naśladowanie szumu drzew, szelestu liści. Zwykle otrzymujemy głoskę *š*, którą po kilkakrotnym powtórzeniu wprowadzamy do sylab, wyrazów, zdań.

I. Styczek radzi unosić czubek języka do dźwięka w trakcie wymawiania przedłużonego *s*.

Jeżeli głoski *š ž č ž* są zdeformowane – musimy bardzo dokładnie przyrzeć się budowie i funkcjonowaniu narządów mownych – najczęściej będzie to niesprawny język, niekiedy zły zgrzyz. Należy wykonać orientacyjne badanie słuchu, gdyż niedosłuch też może być przyczyną deformacji brzmienia dźwięku. W przypadku zauważonych niedostatków w zakresie motoryki należy przeprowadzić ćwiczenia usprawniające język i wargi, co bywa czasem żmudne, i dopiero potem można przystąpić do wywoływania głosek. Warto dodać, że deformacje są wadami niezależnie od wieku dziecka, gdyż nie są one żadnym ogniwem rozwojowym. Do pracy przystępujemy wtedy, kiedy dziecko na to pozwoli, tzn. kiedy potrafi się skupić i wykonywać polecenia. U małych dzieci stosuje się przede wszystkim zajęcia w postaci zabawy.

Przy deformacjach najlepsze efekty daje rozpoczynanie pracy od głoski *č*. Punktem wyjścia będzie spółgłoska *t*, którą wymawia się nieco wyżej, przy dźwiękach (*t*). Dziecko powinno ją wielokrotnie powtarzać z lekko rozchyłonymi szczękami (nie może to być dźwięk realizowany z dużym napięciem mięśni i z silnym wybuchem). Następnie w trakcie wymawiania *t t t t...* polecamy dziecku zbliżyć zęby i zaokrąglić wargi (możemy tu pomóc dziecku lekko przyciskając policzki). Otrzymamy wówczas głoskę *č*, ale nie uświadomiamy tego pacjentowi, który powinien być przekonany, że wymawia *t*, ale nieco inaczej. Uświadomienie bowiem, że to jest *č*, lub polecenie powtórzenia *č* powoduje powrót do starych, niedobrych nawyków artykulatoryjnych. Uzyskaną głoskę wprowadzamy do sylab i wyrazów, ale w ten

sposób, żeby dziecko myślało, że mówi *t*, np. dajemy wzorzec: *tapta* ‘czapka’, *toło* ‘czoło’ (język przy dziąsłach, zęby razem, wargi zaokrąglone).

Spółgłoski *s z c ʒ*. Są to spółgłoski przedniojęzykowo-zębowe; miejsce artykulacji tworzy przednia część grzbietu języka zbliżająca się do górnych siekaczy. Czubek języka znajduje się przy dolnych zębach, siekacze są zbliżone. U pewnej liczby osób szczelina (przy *s z*) czy zwarcie i szczelina (przy *c ʒ*) tworzone są przy górnych zębach przez *apex*. Różnic w brzmieniu nie ma, więc oba sposoby wymowy są dobre. Przy głośkach *s z c ʒ* grzbiet języka jest płaski, a szczelina, którą wychodzi powietrze, dość wąska; wargi lekko spłaszczone.

Wady spółgłosek *s z c ʒ* również nazywane są seplenieniem (sygmatyzmem). U młodszych dzieci polegają one czasem na zastępowaniu tego szeregu przez *ś ź ć ʒ*, *š ž č ʒ*, rzadziej przez *t d x f*. Największym problemem tych głosek są deformacje, z których najczęściej obserwuje się wymowę międzyzębową, rzadziej boczną, boczną-międzyzębową czy wargowo-zębową. Niejednokrotnie też mamy dźwięki pośrednie między *s* a *ś* czy lekko zmiękczone, np. *s'*. Zbyt ostre brzmienie nosi łacińską nazwę *sigmatismus stridens*. Wymieniane jest jeszcze seplenienie nosowe i krtaniowe.

Niektóre z wad mają charakter rozwojowy, szczególnie substytuty i międzyzębowość, ale nie w każdym przypadku.

Jeśli chodzi o przyczyny wad głosek syczących, to substytuty bywają skutkiem zaburzeń słuchu fonematycznego, choć również mogą być spowodowane niesprawnością języka. Deformacje zdarzają się przy porażeniach mięśni języka, wadliwym zgryzie, niedosłuchu. Międzyzębowość utrzymująca się powyżej piątego, szóstego roku życia (czyli już utrwalona) może być spowodowana wadliwym zgryzem (np. otwartym), infantylnym sposobem połykania, oddychaniem przez usta, np. przy trzecim migdale, a nawet bardzo krótkim wędzidełkiem, ściągającym masę języka do przodu. Może też być przejęta od otoczenia drogą naśladownictwa.

Na ogół wada dotyczy wszystkich czterech głosek; wyjątkowo może się zdarzyć, że źle wymawiane są *s z*, a prawidłowo *c ʒ*.

Wywoływanie głosek *s z c ʒ* jest trudniejsze niż *ś ź ć ʒ*. W większości przypadków zachodzi potrzeba ćwiczenia języka, aby uzyskać płaskie ułożenie jego grzbietu i symetryczny układ narządu w czasie artykulacji. Przy międzyzębowości nie można ograniczać się do polecenia zbliżenia siekaczy, ale trzeba likwidować jej przyczynę (np. nauczyć prawidłowego połykania) i odpowiednią gimnastyką uzyskać cofnięcie masy języka w głąb jamy ustnej. Bywa, że trzeba skorzystać z pomocy ortodonta lub laryngologa. Zdarza się konieczność badania słuchu i ewentualnie jego leczenia. Przy substytutach trzeba sprawdzić słuch fonematyczny i przy stwierdzeniu jego niedostatków pracę rozpocząć od wyrównania tego deficytu.

Pracę nad tym szeregiem prawie zawsze rozpoczynamy od głoski *s*. Jedną z technik jest przekształcanie *t*. Wymawiamy tę głoskę delikatnie i z przedłuże-

niem, równocześnie zbliżając siekacze i cofając kąciki warg (uśmiech). Otrzymujemy w ten sposób *tsss*. Następnie po kilku powtórzeniach prosimy dziecko, aby *t* było bardzo słabo artykułowane lub w końcu tylko pomyślane, więc cały akcent przeniesie się na *s*. Powtarzamy potem kilkakrotnie *s*, jeśli dziecku nie sprawia to trudności – łączymy je z samogłoskami. Niektórym dzieciom się to nie udaje i łatwiej im łączyć na przykład *st* niż *sa*. W takim przypadku rozpoczynamy utrwalanie od wyrazów typu *sto*, *stoi*, *stopa*, *stolek*, *studnia* itp.

Głoskę *s* można uzyskać również modyfikując *f*: przy przedłużonej artykulacji *f* polecamy zbliżyć siekacze i uśmiechnąć się. Czasami potrzebna jest niewielka pomoc w postaci lekkiego odciągnięcia dolnej wargi od górnych zębów.

Powyższe techniki dadzą pozytywne efekty pod warunkiem, że język przy wymawianiu *t* czy *f* leży płasko. Jeśli język zajmuje pozycję zbyt wysoką lub szczelina, którą wychodzi powietrze, ma nieodpowiedni kształt, możemy pokazać dziecku właściwe ułożenie języka. W tym celu wykorzystujemy na przykład zapalną lub patyczek od lizaka, które układamy wzdłuż rowka językowego (nie za daleko, aby nie spowodować odruchu wymiotnego), lekko przyciskamy, polecamy zbliżyć zęby, uśmiechnąć się i powtórzyć *s*. Zdarza się, że po kilku spotkaniach i powtarzaniu ćwiczeń w domu dziecko zapamięta układ narządów mownych. Jeśli to się nie stanie, musimy wyćwiczyć płaski układ języka. W tym celu możemy „uklepywać” – np. szpatułką – grzbiet języka, masować go, uciskać. Polecamy wypowiedzieć *a* przed lustrem (język powinien leżeć na dnie jamy ustnej) i stopniowo unosić żuchwę, pilnując, aby język zachował swoją płaską pozycję. Będzie to punkt wyjścia jeszcze innego sposobu wywoływania *s*. Do tego celu potrzebna jest nitka. Na jej końcu zawiązujemy supełek, który wkładamy między zęby (dolne jedyńki). Dziecko czubkiem języka go wyczuje. Następnie polecamy wymówić długie *a* i stopniowo zbliżać siekacze, równocześnie starając się znaleźć czubkiem języka supełek. W ten sposób uzyskamy połączenie *asss*.

Wszystkie te techniki możemy stosować także przy międzyzębowości, z tym że konieczne są przy tym ćwiczenia, które „przyzwyczajają” język do zajmowania bardziej tylnej pozycji. Samo polecenie zbliżenia siekaczy skutkuje tym, że widać i słychać, iż jest to artykulacja wymuszona, bo przednia część języka naciska na zęby, a fragmenty korony języka usiłują się wcisnąć w każdą szczelinę między zębami. Jeśli przy międzyzębowych *s z c ʒ* brakuje głosek *š ž č ʒ* i są one zastępowane przez zębowe, to lepiej rozpocząć pracę od dźwiękowych, aby uzyskać choćby częściowe cofnięcie masy języka. Niekiedy dziecko, które otrzyma polecenie zbliżenia zębów i wymówienia *s*, natychmiast opuszcza żuchwę i głoskę realizuje międzyzębowo. I. Styczek radzi, aby włożyć dziecku poprzecznie zapalną między siekacze i aby wypowiadało ono *s* nie gubiąc zapalną. Dziecko uswiadomi sobie, że można wymówić tę głoskę nie wkładając języka między zęby. Pokazujemy to raz czy dwa, potem oczywiście zapalną zabieramy.

Przy artykulacjach bocznych pewną pomocą może być buteleczka po lekarstwie. Podczas wymawiania przedłużonego *s* przesuwamy wylot buteleczki wzdłuż warg dziecka. Ustalamy w ten sposób miejsce wychodzenia powietrza (słysząc głośniejszy szum). Jeśli jest ono zlokalizowane nie na środku, zaczynamy od dmuchania do buteleczki umieszczonej przed środkowymi siekaczami i stopniowo przekształcamy to dmuchanie w *sss*. Jest to jednak tylko pomoc dodatkowa.

Stosując różne techniki, wcześniej czy nieco później głoskę uzyskamy. Najtrudniejsze jest jednak nauczenie dziecka posługiwania się nowo wypracowanym dźwiękiem. Szczególnie długo to trwa przy deformacjach (międzyzębowe, boczne). Nawyki zwykle są mocno utrwalone, gdyż dziecko trafiając do logopedy około szóstego roku życia już co najmniej dwa lub trzy lata posługiwało się wadliwie realizowanym dźwiękiem. Niejednokrotnie dzieci nawet w wyższych klasach szkoły podstawowej zniekształcają głoski *s z c ʒ*, choć te głoski są u nich wywołane i dzieci te potrafią powtarzać je także w wyrazach i zdaniach, jeśli się mocno kontrolują.

Pozostałe głoski szeregu przedniojęzykowo-zębowego nie wymagają odrębnych technik wywoływania. Wszystkie one charakteryzują się płaskim układem języka, więc wywołanie i utrwalenie *s* jest przygotowaniem do wymowy *z c ʒ*. Zwykle wystarcza poprosić o powtórzenie, np. *s – z, s – c, c – ʒ*. Pracujemy nad utrwalaniem kolejno każdej głoski. Najlepszy materiał do tego celu znajdziemy w pracy D. Antos, G. Demel, I. Styczek *Jak usuwać seplenienie i inne wady wymowy* [1978].

Spółgłoski ś ź ć ʒ. Są to spółgłoski, które w naturalnym rozwoju mowy pojawiają się u dziecka najwcześniej z głosek dentalizowanych. Wówczas są one wykorzystywane jako substytuty głosek przedniojęzykowo-zębowych i dźwiękowych.

Artykulacja tych głosek polega na zbliżeniu przedniej części grzbietu języka z przednią częścią podniebienia twardego. Przy *ś ź* narządy te tworzą długą szczelinę, nieco szerszą niż przy *š ž*, podczas wymawiania *ć ʒ* szczelina ta poprzedzona jest krótkim zwarciem języka z podniebieniem, które to zwanie nie kończy się wybuchem.

Wady głosek środkowojęzykowych są rzadko spotykane. Mogą one mieć substytuty w postaci *s z c ʒ* lub *š ž ě ʒ*, czasem *t d x*. Bywają one też deformowane; wówczas możemy obserwować niepełną miękkość, artykulacje boczne lub międzyzębowe.

Tak jak wszystkie wady głosek dentalizowanych, nieprawidłowe realizacje głosek *ś ź ć ʒ* noszą nazwę sygmatyzmu lub inaczej – seplenienia.

Wywoływanie prawidłowej artykulacji głosek środkowojęzykowych jest znacznie trudniejsze niż uzyskiwanie zębowych czy dźwiękowych. Najczęściej stosuje się tu (po uprzedniej gimnastyce języka, szczególnie ćwiczeniu „kocięgo grzbietu”) przekształcanie głoski *x'*. Od precyzji wykonania tego cwi-

czenia w dużej mierze zależy sukces. Samo polecenie spotykane w literaturze, które w skrócie można zapisać: $x' + \text{dentalizacja} = \acute{s}$, nie zawsze jest skuteczne. Takie x' należy zacząć wymawiać z opuszczoną szczęką dolną i w trakcie tejże artykulacji zbliżać do siebie zęby. Podobnie można przekształcić *i*, przedłużając je i wymawiając szeptem (również rozpoczynając wymawianie od opuszczenia szczęki dolnej). Analogicznie wymawianie dźwięcznego *i* z dentalizacją powinno zaowocować uzyskaniem \acute{z} .

I. Styczek w *Logopedii* podaje jeszcze inne sposoby uzyskania głosek tego szeregu. Poleca mianowicie energiczne wymawianie głoski *ń* ze zbliżonymi zębami (dentalizacja) i zaciśniętymi nozdrzami. W efekcie powinniśmy otrzymać \acute{z} po ubezdźwięcznieniu *ć*, a po przedłużeniu *ś* i \acute{z} . Jednakże nigdzie autorka nie podaje, jak to zrobić, aby po uwolnieniu nozdrzy powietrze kierowało się do jamy ustnej, gdy będziemy wymawiać *ń*. Podobnie wątpliwy efekt daje polecenie, aby podczas wymawiania *s* czubek języka przyciskać do dołu, uzyskując w ten sposób wzniesienie środka języka. Praktyka pokazuje jednak, że naciskany w ten sposób język może się wznieść, ale to wzniesienie lokalizuje się raczej w tylnej części jamy ustnej.

Wywołujemy więc zwykle głoskę *ś*, którą następnie utrwalamy. Pozostałe głoski wyjdą przez powtórzenie. Pewnym problemem może być łączenie nowo wywołanej głoski *ś* z samogłoskami. Na początku należy wprowadzać sylaby typu *śi* i wyrazy takie, jak *siny*, *siwy*, *sito*, *sikorka*. W następnej kolejności mogą być wprowadzane wyrazy typu: *śpi*, *śpiewa*, *śliwka*, *ślimak*, czyli połączenia *ś* ze spółgłoską miękką.

Utrwalenie tej głoski w wyżej wymienionych pozycjach pozwala na uzyskanie połączeń *ś* z innymi samogłoskami.

Spółgłoski zwarto-szczelinowe c z ċ ǰ ć ǳ. U pewnej grupy dzieci obserwuje się problemy z realizacją wyżej wymienionych głosek. Nie chodzi tu o miejsce artykulacji ani o artykulacje zdeformowane, ale o sposób artykulacji, inaczej stopień zbliżenia narządów mownych. Istotą artykulacji spółgłosek zwarto-szczelinowych jest to, że składają się one z dwu, dość ściśle powiązanych z sobą układów narządów mownych, mianowicie z krótkiego początkowego zwarcia, które nie kończy się wybuchem, i następującej bezpośrednio po zwarciu szczeliny. U zdecydowanej większości populacji ten sposób artykulacji nie stanowi żadnego problemu; u małych dzieci – w drugim roku życia – bywa, że często zamiast szczelinowej *ś* realizują one *ć*.

Osoby, które nie potrafią prawidłowo wymówić głosek *c z ċ ǰ ć ǳ*, zastępują je najczęściej szczelinowymi *s z ś ź ś ż*, rzadziej zwartymi *t d*.

W obserwowanych przeze mnie przypadkach system odbiorczy u dzieci był zachowany, natomiast brakowało kontroli własnych wypowiedzi (dzieci nie słyszały swojej wadliwej wymowy). Być może we wcześniejszym okresie dzieci te także niedostatecznie różnicowały głoski szczelinowe i zwarto-szczelinowe u otoczenia. Na ogół ta wada nie występowała jako izolowana;

towarzyszyło jej niekiedy ubezdźwięcznianie spółgłosek, wówczas ze wszystkich głosek dentalizowanych wymawiane były tylko *s š ś*, np. *sesyt* ‘zeszyt’, *šima* ‘zima’, *šašo* ‘dziadzio’.

Wywoływanie spółgłosek zwarto-szczelinowych (po treningu słuchowym) rozpoczyna się zwykle od *c*. Literatura podaje dwa sposoby uzyskiwania tej głoski:

1. Przy zbliżonych siekaczach (dentalizacja) i lekkim uśmiechu (spłaszczenie warg) wymawiać lekko *t t t...* Gdy już dźwięk będzie przypominał *c*, należy wprowadzać sylaby, polecając dziecku powtarzanie np. *ta te to tu*, ciągle pamiętając o zbliżaniu zębów przy *t*. Po sylabach ćwiczymy wyrazy, podając jako wzory do naśladowania takie formy, jak: *tebula, tukierek, tały...* Nie uświadamiamy przez pewien czas dziecku, że w jego wypowiedzi pojawia się już głoska *c*, nie polecamy też powtarzania sylab *ca ce co cu*, a także wyrazów w postaci *cebula, cukierek, cały*, bo pacjent będzie realizował swoją poprzednią artykulację typu *sebula, suk'erek, sały*.

2. Łączymy spółgłoski *t* i *s*. Uzyskujemy połączenia takie, jak *tša tše tšo*, co w wyrazach brzmi jako *tsały tsuk'er tsytryna...* Po pewnym czasie połączenie *ts* przekształca się w *c*. Łatwiej to przekształcenie uzyskać w wygłosie wyrazu, np. *kots* po kilkakrotnym powtórzeniu brzmi jak *koc*, lub w śródgłosie przed spółgłoską, np. *notsny* dość szybko zabrzmia jako *nocny*.

Najczęściej jest tak, że nauczanie jednej głoski zwarto-szczelinowej na tyle uświadomi dziecku istotę tej artykulacji, iż pozostałe wychodzą przez powtórzenie.

Gdyby jednak ten mechanizm nie zadziałał – możemy uzyskać głoskę *č* od *t* (dziąsłowego) plus dentalizacja, a *č* z *t'* plus dentalizacja.

Najczęściej jednak sprawdzamy, która głoska najlepiej dziecku wychodzi – *c č* czy *č*, i od tej najłatwiejszej dla dziecka rozpoczynamy utrwalanie, czyli wprowadzanie jej do sylab, wyrazów, zdań.

Spółgłoski dentalizowane szczelinowe *s z š ž ś ź* W nielicznych przypadkach obserwuje się brak tych spółgłosek i zastępowanie ich zwarto-szczelinowymi. Samo uzyskanie szczelinowych jest proste – wystarczy przedłużyć odpowiednie zwarto-szczelinowe, np. *csss, cššš, zzzz*. Niekiedy trudniej jest taką nowo wypracowaną głoskę połączyć z samogłoską, bo dziecko ma nawyk łączenia *ca*, a nie *sa*, wobec tego możemy obserwować próby w postaci *sca, sco*. Przedłużanie szczelinowej i powtarzanie prób dają zwykle efekty. Zdarza się jednak, że pacjent ma problem z długością wydechu, wówczas w pierwszej kolejności należy nad tym pracować.

Spółgłoska *r*. Przy spółgłosce *r* obserwuje się substytuty (pararotacyzm) w postaci *l, j, y*, rzadko *d (t), g (k) v (f), n*. Najczęstszą postacią rotacyzmu właściwego jest *r* języczkowe (*rhotacismus uvularis*), gdy drgania wykonuje mały języczek, kończący podniebienie miękkie. Inne deformacje to *r* policzkowe (*rhotacismus bucalis*); strumień powietrza w takich realizacjach jest skierowany w bok i wprawia w drgania policzek. Czasami jest to dość złożona

artykulacja, przy której rowek tworzy się z boku języka, a w tym rowku gromadzi się ślina; przy próbie wymowy *r* strumień powietrza wypycha tę ślinę na zewnątrz, wprawia też w drgania kącik warg. Do bocznych można zaliczyć artykulację w postaci *rl* (jedno krótkie uderzenie, przechodzące w *l*). Dość rzadko spotyka się *r* międzyzębowe (*rhotacismus interdentalis*) – czubek języka drga tylko wtedy, gdy znajduje się między zębami. Niekiedy można spotkać *r* wargowe (*rhotacismus bilabialis*) lub wargowo-zębowe (*rhotacismus labiodentalis*). W przypadku realizacji wargowo-zębowej drga górna warga zbliżona do dolnych siekaczy lub dolna przy siekaczach górnych. Jeszcze inny rodzaj deformacji stanowi *r* podniebienne (*rhotacismus velaris*); polega ona na zbliżeniu tylnej części języka do podniebienia miękkiego. Gardłowe *r* (*rhotacismus faryngealis*) powstaje między obsadą języka a tylną ścianą gardła. Bywa też *r* kraniowe (*rhotacismus laryngealis*). Do deformacji trzeba też zaliczyć wymowę w postaci krótkiego elementu wokalicznego przypominającego *y*, ale z bardziej tylnym ułożeniem masy języka. J. Liška [1974] zalicza takie artykulacje do szczelinowych. Bardzo rzadko zdarza się *r* szczękowe (*rhotacismus mandibularis*), kiedy taki szczelinowy element jest zakończony szczęknięciem zębów (dolna szczęka uderza o górną). W każdym z wymienionych miejsc artykulacji można obserwować artykulacje dźwięczne i bezdźwięczne, a także wibracyjne i bezwibracyjne.

Głoska *r* należy do tych, które sprawiają najwięcej kłopotów. Jej specyficzna artykulacja (wibracja czubka języka) nie występuje przy żadnej innej głosce, dlatego jej brak powoduje wadę dotyczącą tylko jednej głoski, co w języku polskim jest możliwe jedynie jeszcze przy nieprawidłowej artykulacji samogłoski.

Sluchem głoskę *r* wyróżnić łatwo, więc źródłem wad będą przede wszystkim przyczyny motoryczne – niewystarczająca sprawność czubka języka, krótkie wędzidełko, język krótki i gruby.

Terapia wymaga przede wszystkim usprawnienia przedniej części języka; ćwiczeniem wstępnym może być wielokrotne wymawianie głoski *ddd...* (przy dziąsłach). Następnie ćwiczymy to samo z pewną modyfikacją – łączymy *td*, *td...*; można to wymawiać z krótkim elementem wokalicznym: *tede* lub *tuđu*; następnie dołączamy jeszcze głoskę *n*: *tdn tdn*. Wielokrotne w ciągu dnia powtarzanie tej grupy głosek często pozwala uzyskać *r*: *tdn... tdn... trn... trn*. Jeszcze lepsze efekty daje połączenie typu *tdda tdde...* Tę właściwość przekształcania się głoski *d* można wyzyskać wymawiając ją w wyrazach, w których powinno być *r*, np. *ddoga*, *dduty*, *dđabina*, *đutdo*, *kđul*, *kđowa*. Po wielokrotnym powtarzaniu tego typu wyrazów w miejscu *d* zaczynamy słyszeć *r*, nieraz jednoudzeniowe, ale wystarczające do komunikacji. Jest to metoda Talmy¹⁴.

¹⁴ François Joseph Talma (1763-1826), wybitny aktor francuski, reformator wymowy scenicznej.

W wielu wypadkach bardzo dobre efekty daje mechaniczne potrącanie dolnej części języka. Można to robić w trakcie wymawiania *ddd...* (dziaśłowego).

Najpierw dziecko ćwiczy głoskę, starając się wymawiać ją dość lekko i możliwie szybko przy nieco otwartych ustach. Następnie małym palcem potrąca czubek języka pod spodem (nie samo wędzidełko, bo to jest bolesne!). Uzyskujemy w ten sposób wibrację i słycać głoskę *r* (*drrr*). Następnie staramy się, aby ta wibracja była coraz krótsza – potrącamy język dwa razy (w prawo i w lewo), a potem tylko raz – *dr*; może to być tylko dotknięcie dolnej części języka. J. Liška [1974] proponuje, aby ruch potrącania przenieść kolejno na dolne zęby, później na dolną wargę, brodę, a nawet na klatkę piersiową. Po pewnym czasie okaże się, że głoskę *r* słyszymy nawet wówczas, gdy nie dotykamy palcem ani języka, ani innej części ciała, a jedynie wykonamy ruch w pewnej odległości od jamy ustnej. Jeśli takiego stadium mimo wszystko nie uzyskamy, to wprowadzamy sylaby typu *dra*, *dre*, pomagając palcem w uzyskaniu wibracji; można taką pomoc rozciągnąć też na wyrazy zawierające grupę *dr*: *dramat*, *dratwa*, *dresy...* Po pewnym czasie głoska *r* będzie już wymawiana bez pomocy palca. Po utrwaleniu jej w grupach *dr*, *tr* przechodzimy do innych pozycji fonetycznych, łączymy *r* z innymi spółgłoskami, np. *vr* *br*, oraz z samogłoskami. Jest to bardzo dobry sposób na likwidowanie deformacji głoski *r*, gdyż na początku informujemy dziecko, że ma mówić tylko *đ đ đ* (nie *r*!), *r* zaś „powie” paluszek. Dziecko nie uruchamia wówczas mechanizmów swojej wadliwej artykulacji. Gdy dziecko nie potrafi pracować własnym palcem (uzyskanie wibracji wymaga sztywnego palca i energicznego ruchu), można wykorzystać do tego celu na przykład małą plastikową łyżeczkę, którą samo dziecko potrąca czubek języka. Może to robić logopeda, a w domu ktoś z rodziny. W wypadku trudności z uzyskaniem szybko wymawianej głoski *đ đ đ...* można wprawić w drgania czubek języka w trakcie wymawiania *l* lub *ż*. Pewnym niebezpieczeństwem metody polegającej na potrącaniu języka jest możliwość powstania głosi wielouderzeniowej (normą dla polszczyzny są 2-3 uderzenia, według niektórych poglądów wystarczy jedno drgnięcie czubka języka). Może stać się tak wtedy, gdy bardzo wydłużamy ćwiczenie *đ đ đ* z równoczesną pracą pod językiem.

Autorzy wielu prac radzą też uzyskiwać *r* w następujący sposób: gdy czubek języka lekko opiera się o dźwięka z przodu, boki uniesione do góry przylegają do zębów trzonowych – dziecko energicznie dmucha na czubek języka. Gdy pojawia się wibracja, należy ją utrwalić i przekształcić w głoskę *r*. Niektórzy polecają kłaść skrawek papieru na uniesiony do góry czubek języka i energicznie go zdmuchiwać, co również powinno pomóc w uzyskaniu drgań. Warto jednak pamiętać, że przy dmuchaniu na czubek języka o wiele łatwiej jest uzyskać dźwięk przypominający *r* bezdźwięczne. Taką

głoskę trudno jest udźwignąć. Jeszcze inny sposób na uzyskanie wibracji polega na wsuwaniu czubka języka między wargi w czasie parskania. Drgający czubek języka powoli cofamy, przesuując go do dziąseł.

Aby głoskę skutecznie utrwalić, tzn. wprowadzić ją do swobodnych wypowiedzi, należy doprowadzić do stanu, w którym wymawiana jest ona bez wysiłku w prostych kontekstach. Wymaga to czasem dłuższego treningu. Dopóki dziecko myśli o artykulacji i za każdym razem stara się, aby głoskę zrealizować właściwie – dopóty nie można mówić o jej pełnej automatyzacji.

Nie należy uczyć *r*, jeśli dziecko nie opanowało głoski *l*. W takim przypadku najpierw uczymy *l*, ale nie ma żadnego uzasadnienia, aby głoska *l* choćby przejściowo stawała się substytutem dla *r*; dziecko może mówić na przykład *lalka*, *las*, *lody*, ale *iovej*, *tiava*, *kiova*.

Ostatnio stosuje się coraz częściej wibrator do potrącania czubka języka. Przy tych ćwiczeniach dziecko jest bardziej pasywne, za to język ćwiczony jest intensywniej. Przynosi to dobre efekty. Warunkiem bezpiecznego stosowania tego urządzenia powinno być używanie szpatulek jednorazowych.

Spółgłoski *l*, *l'* bywają substytuowane przez *y*, mogą mieć artykulację międzyzębową albo postać krótkiego elementu wokalicznego przypominającego bardziej tylne *y*. Spółgłoska *l'* bywa wymawiana twardo, np. *lyst* 'list', ale najczęściej jest to wymowa gwarowa, a nie wada.

Uzyskanie prawidłowego *l* jest dość proste – polecamy zetknąć czubek języka z dziąsłami (prawidłowy układ pokazujemy dziecku) i polecić wypowiedzenie *l*. Można też wychodząc od przedłużonej artykulacji *a*, polecać unoszenie czubka języka do dziąseł.

Głoski tylnojęzykowe *k g* oraz *k' g'* zdecydowana większość dzieci opanowuje do trzeciego roku życia. Jednakże kilka procent dzieci przedszkolnych zamiast *k g* wymawia *t d*, a zamiast *k' g'* spotyka się *t' d'* lub *t d*. Niekiedy w miejsce spółgłosek tylnojęzykowych realizowane jest zwarcie krtoniowe. Metodyka wywoływania tych głosek jest dość prosta. Poza normalnym objaśnieniem i pokazaniem artykulacji (co czasem może przynieść efekt) najskuteczniejsza jest metoda fonetyczno-mechaniczna. Polecamy dziecku wymawiać głoskę *t* lub sylabę *ta*, przyciskając szpatułką czubek języka do dołu jamy ustnej z równoczesnym przesunięciem masy języka do tyłu. Otrzymujemy wówczas zwarcie tylnej części języka z podniebieniem miękkim, czyli głoskę *k*. To ćwiczenie najlepiej jest wykonywać, gdy dziecko leży. Może sobie samo palcem przesuwać język do tyłu, np. wieczorem czy rano, gdy jeszcze jest w łóżku. Nie zawsze od razu daje się głoskę uzyskać, czasami wymaga to kilkutygodniowych, systematycznych prób; niekiedy trzeba dość intensywnie ćwiczyć motorykę języka. Po utrwaleniu *k* pozostałe głoski nie wymagają osobnych ćwiczeń – albo pojawiają się spontanicznie, albo uzyskujemy je przez powtórzenie.

Tylnojęzykowa szczelinowa głoska x rzadko ma formy wadliwe. Niekiedy bywa zastępowana przez f , czasem ma bardzo osłabione brzmienie, jest ledwie słyszalna. Wywoływanie x w zasadzie jest proste. Jeśli dziecko wymawia k – możemy tę głoskę przedłużyć, uzyskując w efekcie $kxxx$. Możemy też wyjść od chuchania, przekształcając je w chuchanie z uśmiechem – chodzi o zlikwidowanie zaokrąglenia warg.

Spółgłoski dwuwargowe $p b m$ i $p' b' m'$. Dwuwargowe $p b m$ pojawiają się najwcześniej w mowie dziecka (ich miękkie odpowiedniki bywają nieco późniejsze), w związku z czym bardzo rzadko bywają wymawiane wadliwie. Jeśli nie ma rozszczepu ani mowy bezdźwięcznej – problem miejsca artykulacji pojawia się wyjątkowo. Może się to zdarzyć w przypadku porażenia warg, że zamiast dwuwargowych mamy przedniojęzykowo-zębowe, np. *taleć* ‘palec’, *dalon* ‘balon’. Uzyskanie zwarcia warg wymaga wówczas ćwiczeń usprawniających wargi, od masażu poczynając.

Uzyskiwanie spółgłosek miękkich nie jest zbyt trudne, pod warunkiem, że dziecko umie wymawiać i lub i . Wówczas łączymy głoski, np. $p + i + a$, co daje początkowo pia , następnie $p'ia$, co można uznać już za wystarczające; można też spróbować innego połączenia: $pije$ ($pijo$, $pija$ itp.), starając się przekształcać je w strukturę jednosylabową $p'ie$, która przy większym staraniu będzie mogła mieć postać $p''e$. Analogicznie postępujemy z pozostałymi brakującymi spółgłoskami miękkimi, o ile po utrwaleniu jednej z nich pozostałe nie dadzą się uzyskać przez powtarzanie.

Wargowo-zębowe $f v f' v'$ u niektórych dzieci mogą być zastępowane przez $p b p' b'$ oraz przez x , czasem w miejscu v słyszy się u . Zdarzają się też deformacje w postaci artykulacji dwuwargowej.

Wywołanie tych głosek jest łatwe – wystarczy pokazać właściwe ułożenie narządów mownych (dolna warga dotyka do górnych zębów) i dmuchnąć, utrzymując narządy mowne w określonej pozycji. Otrzymujemy w ten sposób głoskę f , udźwięczniając ją uzyskamy v , dołączając pracę środka języka mamy $f'i$ i v' . Można w razie potrzeby przytrzymać dolną wargę przy górnych zębach, przyciskając ją lekko do dołu. Dłużej niż wywoływanie trwa nauczanie posługiwania się właściwą artykulacją w każdej sytuacji.

Grupa głosek $t d n \dot{n}$ na ogół nie sprawia kłopotów. Spółgłoski $t d n$ bywają wymawiane międzyzębowo, \dot{n} zaś w postaci n .

Brak spółgłosek $t d$ zdarza się niezbyt często; częściej bywają one wymawiane międzyzębowo; takie artykulacje na ogół nie dają odkształcenia brzmienia, ale wyglądają nieestetycznie. Likwidowanie tej wady nie jest skomplikowane, zwykle wystarczy uświadomić dziecku, że pokazywanie języka jest zbędne, i pilnować, aby się nie wysuwał z jamy ustnej.

Substytutami dla $t d$ są spółgłoski tylnojęzykowe $k g$. I. Styczek [1979] poleca następujące sposoby uzyskiwania tych głosek: d według niej można otrzymać przez zatkanie nosa w czasie artykulacji sylaby *na* powtórzonej

parokrotnie. Sylaba ta przekształca się w *da*. Aby uzyskać *t*, trzeba sylabę *da* wymówić szeptem¹⁵. Inne techniki to wypluwanie śliny zgromadzonej na czubku języka lub wsuwanie języka między wargi przy wymawianiu głoski *p*.

Nie publikowane, ale stosowane przez logopedów zabiegi polegają na przykład na zdmuchiwanie płomienia świecy powietrzem „wyplwanym” z czubka języka. Przy prawidłowo wymawianym *č* można uczyć dziąsłowego *t* i stopniowo przesuwac czubek języka do zębów. Przy nieskuteczności tych wszystkich prób udało się uzyskać *t* przez oddentalizowanie prawidłowo realizowanej głoski *c*. Aby zęby nie mogły zbliżyć się do siebie, dziecko ma włożyć palec między zęby (z boku) i wymawiać *c*. Jeśli dziecko głoski *s z c ʒ* wymawia z czubkiem języka przy zębach górnych, wówczas otrzymany *z c – t*, a *z ʒ – d*. Dziecku, u którego w ten sposób udało się wywołać *t*, przez kilka tygodni trzeba było mówić, aby wymawiało *c* (z lekko otwartą buzią), gdyż na dźwięk *t* uruchamiał się tył języka. Dopiero po utrwaleniu tej głoski w większej liczbie wyrazów dziecko zostało uświadomione, że już potrafi wymawiać *t*. Wcześniej dziecko wiedziało, że mówi źle, i na pytanie: Czy, wiesz, po co przyszedłeś do logopedy? – odpowiedziało: *kak, bo ja nie muv'e kaka kyuko kaka* ‘Tak, bo ja nie mówię tata, tylko kaka’.

Ten sposób uzyskiwania *t* jest skuteczny jedynie wówczas, gdy pacjent wymawia *c ʒ* apikalnie, a nie predorsalnie. Jeśli czubek języka jest przy zębach dolnych, a szczelinę z tylną ścianą górnych zębów tworzy przód języka – nie usłyszymy *t* w wyniku oddentalizowania *c*.

Pólsamogłoski *i, u* należą do głosek, których wadliwe realizacje obserwuje się niezmiernie rzadko. Spotyka się substytucje *i* przez *l* lub *u*; ponadto *u* brzmi jak *l* lub jego wymowa jest bardzo osłabiona. Nie podaje się specjalnej metodyki pracy nad tymi głoskami.

Samogłoski. W języku polskim samogłoski rzadko bywają wymawiane wadliwie. Fonemy samogłoskowe stanowią skromną część systemu fonologicznego. Niewielka ich liczba powoduje duże zróżnicowanie artykulacyjne, a więc i łatwość odróżniania słuchowego.

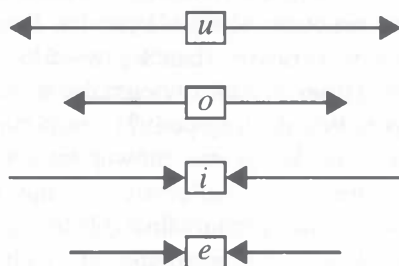
Jednakże zdarzają się czasem wadliwe artykulacje samogłosek, polegające przede wszystkim na substytucji. Najczęściej brakującą samogłoską jest *e*, która jest zastępowana przez *a*, rzadziej w miejscu *o* mamy *a*, wyjątkowo zamiast *u* jest *o*; w literaturze opisano jeden przypadek wymowy *i, y* w postaci *u* [Kania 2001 s. 193-241]. Spotyka się też artykulacje, które nie są zdecydowanie wadliwe, ale ich wymowa jest niestaranna, z niewielkim wykorzystaniem warg, czego skutkiem są mało zrozumiałe wypowiedzi.

Problem wymowy *i, y* jest zwykle dyskusyjny. Zdarzają się przypadki, że dziecko nie potrafi wypowiedać którejsz z tych głosek w izolacji, ale częściej

¹⁵ Uwaga (moja A. S.-Ch.) – przekształcanie głosek nosowych w odpowiednie ustne bardzo rzadko daje dobre efekty, gdyż rezonator nosowy przy zatkanium nozdrzy nie jest wyłączony.

jest tak, że kłopoty sprawia niewłaściwa pod względem miękkości realizacja spółgłosek. Wówczas możemy mieć takie przykłady, jak *pyuka* ‘piłka’, *pes* ‘pies’, gdy dziecko nie wymawia wargowych miękkich. To samo dziecko zamiast *š ž č ž* i *s z c z* może wymawiać *ś ź ć ż*, wtedy powstaje *śija*, ‘szyja’, *śinek* ‘synek’, *śiba* ‘szyba’, *ćisty* ‘czysty’ itp.

Praca nad samogłoskami jest dość trudna. Nie mają one miejsc artykulacji, wszystkie są realizowane z otwartym kanałem ustnym. Przy wywoływaniu brakujących głosek można więc wykorzystać przede wszystkim cechy optyczne – kształt warg, który jest skorelowany z ruchami języka w płaszczyźnie poziomej i częściowo pionowej. Każdy ruch języka do przodu powoduje cofanie się kącików warg, czyli ich spłaszczenie; cofnięcie języka przy wymowie samogłosek to zarazem wysunięcie i zaokrąglenie warg.



Pracując świadomie wargami, staramy się uruchomić mechanizm odwrotny – dopasowywanie układu języka do kształtu warg. Najczęściej substytucja dotyczy jednej samogłoski; jeśli więc w pozostałych układach wynikających z zależności między pracą warg a pracą języka dana samogłoska jest realizowana – to mamy szansę na uzyskanie jej również i przy brakującej głosce. Ćwiczenie polega na tym, że dziecko wymawia (powtarzając za logopedą) wszystkie samogłoski w różnej kolejności, przesadnie wykorzystując pracę warg.

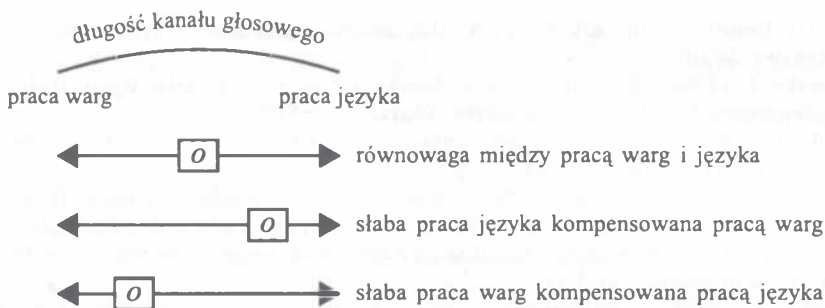
Bardzo ważna jest też sfera słuchowa. Staramy się uświadomić dziecku, jak powinna brzmieć głoska, której ono nie wymawia. Jeśli dziecko siebie nie słyszy, można mu nagrać jego wymowę, a potem przeanalizować ją razem z dzieckiem.

Jeżeli te zabiegi nie pomogą, musimy próbować innych sposobów, oczywiście dla każdej głoski innych.

Samogłoska e. Często uzyskuje się ją poprzez próbę wymowy z językiem wysuniętym na brodę. Zwykle usłyszymy *e* albo dźwięk bardzo do tej głoski podobny. Stopniowo cofamy język do jamy ustnej. Innym sposobem jest próba ułożenia języka w pozycji zbliżonej do tej, którą ma głoska *e*. W tym celu ćwiczymy tzw. koci grzbiet – wypychamy język do góry i do przodu, równocześnie jego czubek opierając o dolne zęby. Następnie zbliżamy nieco

szczęki i próbujemy wymawiać *e*. Podobnie można wykorzystać samogłoskę *i*: wymawiamy ją dłużej, potem – starając się nie zmieniać położenia języka – wymawiamy *e*. Czasami udaje się znaleźć wyraz, w którym ta samogłoska wymawiana jest właściwie. Są to najczęściej wyrazy, w których *e* występuje w sąsiedztwie spółgłoski miękkiej. Z takiego wyrazu-klucza wyodrębniamy samogłoskę *e* (początkowo w sylabie, potem w izolacji poprzez przedłużanie).

Samogłoska *o* jest w zasadzie łatwa do wywołania, gdyż jest najbardziej polimorficzna. Niedostateczną pracę języka łatwo zastąpić wydatniejszą pracą warg i odwrotnie. Jeżeli przyjmiemy, że o jakości dźwięku decyduje w bardzo dużym stopniu długość kanału głosowego, to możliwość kompensacji pracy dwu najważniejszych narządów artykulacyjnych – warg i języka – można przedstawić na schemacie następującym:



Samogłoskę *u* najłatwiej byłoby uzyskać wykorzystując spółgłoski tylnojęzykowe *k* i *g* i pracę warg. Próbuje kilka razy wymawiać grupy głosek *uku*, *ugu*.

Przy braku samogłoski *i* zdarza się, że występuje przynajmniej jedna spółgłoska miękka, np. *ś*. Przedłużając *ś* i pozbawiając ją dentalizacji (wymawianie z lekko opuszczoną zuchwą), mamy szansę na *i*. Niezależnie od tego należy gimnastykować język, szczególnie wskazane byłoby ćwiczenie „kocięgo grzbietu”.

Ponieważ brak samogłoski *y* byłby równoczesny z brakiem spółgłosek twardych, wydaje się, że pracę należałoby rozpocząć od wywoływania tych spółgłosek.

Każdą uzyskaną w izolacji samogłoskę łączymy ze spółgłoskami, często trzeba sprawdzać, z którą spółgłoską łatwiej daną samogłoskę połączyć (występują tu trudności indywidualne). Potem postępujemy tak, jak w przypadku spółgłosek, czyli wprowadzamy je do wyrazów i zdań.

Samogłoski nosowe *e* *o* mogą być wymawiane bez rezonansu nosowego, mogą mieć nosowość rozłożoną (czasem podobnie jak w gwarach, ale u dziecka nie musi to być błąd wymowy), co wynika z obiektywnych trudności związanych z asynchroniczną wymową samogłosek nosowych w języku

polskim. Dzieci mówią więc: *kśoska*, *kśouśka*, *kśonśka* 'książka', a także: *ido*, *idou*, *idom* 'idą'. W zasadzie nie ma radykalnych sposobów na szybkie pozbycie się tych niedostatków. Przy braku rezonansu nosowego sprawdzamy i ewentualnie korygujemy pracę podniebienia miękkiego, sprawdzamy też, czy dziecko słyszy różnicę między spółgłoskami ustnymi i nosowymi, jeśli nie – należy ją uświadomić. Przy rozkładaniu na dwa elementy samogłosek nosowych przed spółgłoskami szczelinowymi i w wygłosie najbardziej korzystne wydają się ćwiczenia bazujące na słuchu, w tym na początku nagrywanie i odsłuchiwanie tekstów, ćwiczenia słuchowej oceny własnych wypowiedzi (autokontrola słuchowa).

Bibliografia

- Antos D., Demel G., Styczek I. (1978). Jak usuwać seplenie i inne wady wymowy, Warszawa: WSiP.
- Bartkowska T. (1968). Rozwój wymowy dziecka przedszkolnego jako wynik oddziaływań wychowawczych rodziny i przedszkola, Warszawa: WSiP.
- Brajński T. (1967). Rozwój sprawności artykulacyjnej kilkorga dzieci ze środowiska inteligentnego. „Logopedia” 7, 26-40.
- Demel G. (1996). Minimum logopedyczne nauczyciela przedszkola, Warszawa: WSiP.
- Grabias S. (1994). Logopedyczna klasyfikacja zaburzeń mowy. „Audiofonologia” 6, 7-22.
- Kaczmarek L. (1975). Korelacyjna klasyfikacja zaburzeń słownego i pisemnego porozumiewania się. „Logopedia” 12, 5-13.
- Kaczmarek L. (1953). Kształtowanie się mowy dziecka, Poznań: Poznańskie Towarzystwo Przyjaciół Nauk.
- Kaczmarek L. (1955). Kwestionariusz do ustalania zaburzeń mowy (dyslalii) u dzieci, Poznań: Poznańskie Towarzystwo Przyjaciół Nauk.
- Kaczmarek L. (1988). Nasze dziecko uczy się mowy, Lublin: Wydawnictwo Lubelskie.
- Kaczmarek L. (red.) (1981). Program studiów logopedycznych, Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Kania J. T. (1972). Ćwiczenia usprawniające motorykę narządów mowy (szczęki dolnej, warg, języka i podniebienia miękkiego). „Szkoła Specjalna” 33 oraz tenże w: Szkice logopedyczne (2001 s. 331-346).
- Kania J. T. (1967). Dyslalie na tle procesu rozwojowego artykulacji. „Biuletyn Fonograficzny” 8 oraz tenże w: Szkice logopedyczne (2001 s. 173-192).
- Kania J. T. (1975 a). Fonetyczna i logopedyczna charakterystyka mowy bezdźwięcznej. W: Wybrane zagadnienia z defektologii. T. 3, Warszawa: ATK oraz tenże w: Szkice logopedyczne (2001 s. 289-313).
- Kania J. T. (1975 b). Podstawy językoznawczej klasyfikacji zaburzeń mowy. „Język Polski” 55 oraz tenże w: Szkice logopedyczne (2001 s. 11-30).
- Kania J. T. (1968). Klasyfikacja ćwiczeń artykulacyjnych. „Szkoła Specjalna” 29 oraz tenże w: Szkice logopedyczne (2001 s. 271-278).
- Kania J. T. (1969). Patologiczne artykulacje głoski r. „Poradnik Językowy” 5, 266-275 oraz tenże w: Szkice logopedyczne (2001 s. 243-252).
- Kania J. T. (1973). Reeducacja rzadkiej formy wadliwej wymowy k g oraz k' g'. „Logopedia” 11 oraz tenże w: Szkice logopedyczne (2001 s. 315-329).
- Kania J. T. (1976). Słuch fonematyczny. „Lingua Posnaniensis” XIX oraz tenże w: Szkice logopedyczne (2001 s. 91-120).
- Kania J. T. (2001). Szkice logopedyczne, Lublin: Polskie Towarzystwo Logopedyczne.

- Kania J. T. (2001). Zastosowanie analizy lingwistycznej w przypadku skrajnego ograniczenia inwentarza fonemów u chłopca z wadami wymowy. W: Szkice logopedyczne (2001 s. 193-241).
- Klemensiewicz Z. (1973). Prawidła poprawnej wymowy polskiej, Wrocław: ZNiO.
- Kowalska A. (1973). Podstawowe metody korekcji wad artykulacyjnych w zaburzeniach mowy u dzieci. W: Wybrane zagadnienia z defektologii. T. 2, Warszawa: ATK, s. 350-380.
- Liška J. (1974). Hlasyky r a ř w normálnej a patologickej výslovnosti. W: Logopedický zborník, 2-3. Z logopedického výskumu, Košice: Vychodoslovenské vydavateľstvo, s. 21-162.
- Mitrinowicz-Modrzejewska A. (1963). Fyzjologia i patologia głosu, sluchu i mowy, Warszawa: PZWL.
- Pruszewicz A. (red.) (1992). Foniatria kliniczna, Warszawa: PZWL.
- Rocławski B. (1991). Słuch fonemowy i fonetyczny. Teoria i praktyka, Gdańsk: Wydawnictwa Uniwersytetu Gdańskiego.
- Rodak H. (1992). Terapia dziecka z wadą wymowy, Warszawa: Wydawnictwo Polskiej Fundacji Zaburzeń Mowy.
- Sawa B. (1990). Dzieci z zaburzeniami mowy, Warszawa: WSiP.
- Smoczyński P. (1955). Przystwajanie przez dziecko podstaw systemu językowego, Łódź: Łódzkie Towarzystwo Naukowe.
- Soltys-Chmielowicz A. (1989). Jeszcze o wymowie bezdźwięcznej. „Biuletyn Audiofonologii” 1, 49-54.
- Soltys-Chmielowicz A. (1990). Uwagi o realizacji samogłosek ustnych. Wskazówki korekcyjne. „Biuletyn Audiofonologii” 2, 37-51.
- Soltys-Chmielowicz A. (2001). Rotacyzm. „Logopedia” 28, 37-51.
- Soltys-Chmielowicz A. (2000). Klasyfikacje wad wymowy. „Logopedia” 28, 115-122.
- Soltys-Chmielowicz A. (1993). Uwagi o diagnozowaniu dyslalii. W: Opuscula Logopaedica in honorem Leonis Kaczmarek, Lublin: Wydawnictwo UMCS, s. 308-312.
- Soltys-Chmielowicz A. (1998). Wymowa dzieci przedszkolnych. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Soltys-Chmielowicz A. (2000). Klasyfikacje wad wymowy. „Logopedia” 28, 115-122.
- Soltys-Chmielowicz A. (2001). Problemy substytucji i elizji w zaburzeniach mowy. W: Zaburzenia mowy. Mowa, teoria, praktyka. Red. S. Grabias, Lublin: Wydawnictwo UMCS, s. 254-260.
- Soltys-Chmielowicz A. (2001). Rotacyzm. „Logopedia” 29, 37-51.
- Soltys-Chmielowicz A., Tkaczyk G. (1993). Usprawnianie mowy u dzieci specjalnej troski, Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Styczek I. (1963). O różnych artykulacjach głosek s, ś, ś. „Logopedia” 5, 38-46.
- Styczek I. (1979). Logopedia, Warszawa: PWN.
- Styczek I. (1982). Badanie i kształtowanie sluchu fonematycznego (komentarz i tablice), Warszawa: WSiP.
- Wierzchowska B. (1971). Wymowa polska, Warszawa: PZWS.
- Zarębina M. (1965). Kształtowanie się systemu językowego dziecka, Wrocław: ZNiO.
- Zarębina M. (1980). Język polski w rozwoju jednostki Kraków: Wydawnictwo Naukowe WSP.