

ANNA SOŁTYS-CHMIELOWICZ

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

## **Standard postępowania logopedycznego w przypadku dyslalii**

---

### **The Standard of Logopedic Treatment in Dyslalia**

Dyslalia = takie zaburzenie mowy, w którym poszczególne głoski lub ich połączenia są realizowane wadliwie, przy czym inne podsystemy języka są opanowane.

Synonimiczne określenia problemów związanych z realizacją systemu fonologicznego to wady wymowy, a także zaburzenia artykulacji. Jednak subtelna analiza nieco to nazewnictwo różnicuje. Nieprawidłowe wymawianie głosek spotykamy w wielu różnych zaburzeniach mowy; nie można jednak powiedzieć, że np. osoba z afazją ma dyslalię, jednak może ona mieć poza innymi problemami także zaburzenia artykulacji. Niezbyt zrećnie jest mówić, że osoba z dyzartrią ma dyslalię, choć według L. Kaczmarka jest to dyslalia centralna. Często więc autorzy unikają terminu dyslalia, stosując w zamian określenia wady wymowy czy też wspomniane już zaburzenia artykulacji. Warto pamiętać, że termin dyslalia ma tradycję sięgającą jeszcze wieku XIX i takie, jak podane wyżej, jego znaczenie stało się podstawą do stworzenia szeregu klasyfikacji wadliwej wymowy głosek. Poszczególne rodzaje nieprawidłowości artykulacyjnych zostały szczegółowo opisane i nazwane, co skutkuje istnieniem bardzo wielu terminów, które mniej lub bardziej precyzyjnie nazywają konkretne wady. Dobra znajomość tej bogatej terminologii pozwala logopedzie na wybranie takich określeń, które pozwalają możliwie zwięźle i zarazem ściśle nazwać problemy pacjenta.

## DIAGNOZOWANIE

Dziecko zgłoszone z powodu wadliwej wymowy niezależnie od informacji podanej np. w skierowaniu powinno być przez logopedę dokładnie zbadane. Najpełniejszą informację o stanie wymowy uzyskujemy, obserwując dłuższe wypowiedzi pacjenta. Często wskazane byłoby ich nagranie, a następnie w jakimś wolnym czasie ich dokładna analiza. Zwykle wstępnie jesteśmy w stanie zauważyć wiele niedostatków i ocenić zrozumiałość tekstu. Jeśli pacjent mówi bardzo niewiele, to może się zdarzyć, że w skromnym materiale nie znajdzie się pełny zasób dźwięków języka polskiego. W takich przypadkach nieocenioną pomocą są kwestionariusze obrazkowe. Trzeba jednak pamiętać, że sam kwestionariusz nie jest wystarczającym narzędziem do badania wymowy. Wypowiedzi jednowyrazowe (nazywanie przedmiotów przedstawionych na obrazkach) są o wiele łatwiejsze do realizacji w porównaniu ze zdaniami, są też łatwiejsze do kontrolowania (ważne w przypadkach mieszania głosek), nie dają pełnej informacji o komunikatywności tekstów nadawanych przez pacjenta. Toteż wyniki z tych dwu prób mogą się od siebie znacznie różnić; identyczne informacje otrzymamy tylko w przypadkach utrwalonych deformacji dźwięków. Nie można pominąć trzeciego elementu badania, jakim jest powtarzanie. Gdy poprzednio omówione sprawdziany pokażą nam, z którymi głoskami dziecko sobie nie radzi, prosimy o ich powtórzenie w izolacji, w sylabach, w wyrazach, a także w zdaniach. W ten sposób sprawdzamy możliwości artykulacyjne, możemy np. stwierdzić, że przy powtarzaniu niektóre głoski są wymawiane prawidłowo — wówczas odpada nam etap wywoływania dźwięku, więc od razu możemy przystąpić do utrwalania.

Badanie przez powtarzanie jest konieczne także w przypadkach bardzo niezrozumiałych wypowiedzi. Kwestionariusz może wówczas też okazać się mało użyteczny, gdyż pacjent może nie rozpoznać desygnatu albo nadać mu jakąś inną nazwę. Przykładem może być nazwanie ziemniaków przedstawionych na rysunku mianem *kazorkor*. Gdy powiedziałam, że to kartofle, chłopiec powtórzył *karkosy*. Nigdy nie dowiedziałam się, co się kryło pod nazwą *kazorkor*, bo nawet matka obecna podczas badania nie była w stanie mi pomóc.

Uzyskany materiał, szczególnie w przypadkach rozległej dyslalii, powinniśmy poddać szczegółowej analizie. W jej wyniku powinniśmy uzyskać informację nie tylko o tym, które głoski sprawiają problem i jaki (nie występują wcale i są substytuowane, występują w niektórych wyrazach lub w niektórych kontekstach fonetycznych albo są zniekształcone), dowiadujemy się też, które głoski są obecne w systemie wymawianiowym dziecka. Zestawienie tych informacji jest ważne, gdyż większość głosek można uzyskać, przekształcając

inne, realizowane prawidłowo. Dobra znajomość fonetyki pozwoli wychwycić brakujące cechy wadliwie wymawianych głosek w tych, które dziecko posiada w swoim systemie wymawianiowym. Na przykład dziecko nie wymawia głosek przedniojęzykowo-dziąsłowych dentalizowanych, ale potrafi mówić *r*. Wówczas podczas przedłużonej wymowy *r* lekko blokujemy szpatułką drgania języka i uzyskujemy *ż*. Obie głoski wymagają uniesienia czubka języka do dziąseł.

Nie zawsze podczas badania udaje nam się uzyskać dostatecznie bogaty materiał, na podstawie którego określimy wszelkie kłopoty pacjenta, uzupełniamy te obserwacje podczas terapii. Może się bowiem okazać, że np. kłopot sprawiają niektóre grupy spółgłoskowe, wyrazy dłuższe czy nawet krótkie z trudnych do wyjaśnienia powodów.

Izolowane głoski nie służą do porozumiewania się, pojedynczymi wyrazami posługujemy się tylko w pewnych sytuacjach, np. w dialogach, przeto w miarę możliwości staramy się sprawdzić, czy istnieją i jaką postać mają dłuższe wypowiedzi (zdania, równoważniki zdań).

#### PRZYCZYNY WAD WYMOWY

Logopeda osobiście może wykonać tylko niektóre badania w ramach poszukiwania przyczyn nieprawidłowej artykulacji. Tak więc zawsze trzeba obejrzeć narządy mowne i sprawdzić ich motorykę. Nieprawidłowa budowa może dotyczyć języka (za mały, za duży, posiadający zbyt krótkie wędzidełko), podniebienia miękkiego i twardego (różnego typu rozszczepy), rzadziej warg (niedokształcenie górnej wargi, wędzidełko, które ogranicza jej ruchomość), uzębienia (wadliwe zgryzy, brak zębów), żuchwy (ruchomość).

Należy mieć na uwadze, że nie wszystkie nieprawidłowe zgryzy skutkują wadami wymowy, bardzo rzadko mogą mieć związek z wadliwą wymową głosek niedentalizowanych. Trzeba też pamiętać, że dzięki właściwościom kompensacyjnym w funkcjonowaniu narządów mownych ich drobne niedostatki w budowie czy motoryce nie uniemożliwiają wyprodukowania właściwych brzmień.

Logopeda powinien (szczególnie w przypadkach uporczywego mieszania głosek) sprawdzić słuch fonematyczny — dysponujemy odpowiednimi kwestionariuszami. Jest w stanie wykonać orientacyjne badanie słuchu fizycznego, a także autokontrolę słuchową. Bywa, że dziecko jest przekonane, że mówi dobrze i dziwi się, i denerwuje, że nie jest rozumiane przez otoczenie. Dopiero nagranie jego wypowiedzi i odtworzenie pozwoli uświadomić mu konieczność pracy nad wymową.

Jeżeli dziecko chodzi do szkoły, sprawdzamy jego zeszyty ewentualnie robimy dyktanda, aby sprawdzić, czy wady mają odbicie w piśmie. Jeśli tak, to terapia, poza wymową, będzie również obejmowała pisanie.

Ważną sprawą jest wywiad, z którego powinniśmy się dowiedzieć, kiedy dziecko zaczęło mówić, jak mowa się rozwijała, czy ktoś w otoczeniu dziecka ma wady wymowy (starsze rodzeństwo, rodzice lub opiekunowie), jeśli to możliwe, warto się dowiedzieć, jak przebiegał rozwój mowy u rodziców, czy dziecko przechodziło jakieś ciężkie choroby. Często obserwacja mowy osoby udzielającej wywiadu informuje logopedę o nieprawidłowym wzorcu językowym dziecka.

Nieraz zachodzi potrzeba skierowania dziecka do innego specjalisty. I tak, przy podejrzeniu niedosłuchu potrzebne jest badanie audiologiczne, laryngolog potwierdzi lub wykluczy choroby związane np. z budową podniebienia miękkiego, obecność trzeciego migdałka, polipów, skrzywienia przegrody nosowej. Bywa potrzebne badanie psychologiczne czy neurologiczne.

## DIAGNOZA RÓŻNICOWA

### A. Z błędami wymowy

Niektóre postaci nieprawidłowej artykulacji z punktu widzenia wzorca ogólnego mogą nie być wadami, lecz błędami wymowy. Najczęściej chodzi tu o naleciałości gwarowe cechujące środowisko, w którym wzrasta dziecko. Wady i błędy wymowy mogą niekiedy mieć bardzo podobną postać, jednak przy błędach nie ma żadnych przeszkód tkwiących w organizmie dziecka, które uniemożliwiałyby prawidłową wymowę. W takich przypadkach uczeniem ogólnopolskiej odmiany języka zajmuje się nauczyciel polonista.

### B. Z niedoksztalceniem mowy

Niedoksztalcenie mowy (nazywane też alalią), charakteryzujące się późnym rozpoczęciem mówienia, obejmuje wszystkie podsystemy języka (leksykalny, składniowy, morfologiczny i fonologiczny). W takich przypadkach usuwanie wadliwej artykulacji jest sprawą niejako drugoplanową, zgodnie zresztą z prawidłowościami rozwoju mowy dziecka: podsystem fonologiczny opanowujemy najpóźniej, bo do 6. roku życia (składnią już dysponują dzieci trzyletnie). Stąd postulat badania (obserwowania) samodzielnych wypowiedzi, nie tylko powtarzanie głosek czy nazywanie obrazków.

### C. Z gielkotem

Ponieważ jednym z objawów gielkotu są poza przyspieszonym tempem mówienia, nie płynnością, niestarannością także zamiany głoskowe, zdarza się, że jest on mylony z dyslalią. W gielkocie istnieje możliwość prawidłowej

artykulacji wówczas, gdy taka osoba zaczyna kontrolować własne wypowiedzi. W niektórych rodzajach dyslalii (mowa bezdźwięczna, mieszanie głosek dentalizowanych) możemy obserwować błędy w piśmie będące odbiciem wymowy i świadczące o niedostatecznym zróżnicowaniu słuchowym mylnych fonemów. W wielokcie również są kłopoty z pisaniem, ale pismo jest niestaranne, występują zlepki wyrazowe, opuszczenia liter itp. Jakościowo są to jednak różnego rodzaju trudności.

## TERAPIA

Po zdiagnozowaniu dziecka — określeniu wad i trudności z nich wynikających oraz ustaleniu przyczyn — przystępujemy do prowadzenia terapii. Formalnie wydziela się trzy etapy pracy korekcyjnej: etap przygotowawczy, wywołanie głoski i spowodowanie automatyzacji. W praktyce zdarza się pomijanie niektórych etapów, o czym dalej.

**Etap przygotowawczy** polega na usuwaniu przyczyn. Jeśli stwierdziliśmy niedostateczną pracę narządów mownych, a w szczególności brak układów języka potrzebnych do wymawiania wadliwie realizowanych głosek — trzeba zacząć usprawnianie języka. Warto mieć na uwadze fakt, że akceptowalne brzmienie można uzyskać niekoniecznie przy pełnej doskonałości w budowie i motoryce narządów mownych. Dlatego trzeba co jakiś czas sprawdzać, czy dziecko jest już w stanie dźwięk wypowiedzieć, aby zaniechać przedłużać dość nużący okres ćwiczeń. W miarę możliwości staramy się je prowadzić w formie zabawowej. Przy stwierdzonych zaburzeniach w zakresie słuchu fonematycznego stosujemy także odpowiednie ćwiczenia. Tego typu niedostatki często połączone są z brakiem autokontroli słuchowej, którą też w dalszej kolejności trzeba się zająć. Dziecko bowiem najpierw powinno umieć różnicować głoski u otoczenia, potem kontrolować własne produkcje. Jeśli mamy do czynienia z ewidentnymi wadami zgryzu mogącymi mieć związek z wymową lub niedostatkami w budowie podniebienia, musimy dziecko odesłać do odpowiedniego specjalisty i naszą pracę rozpocząć albo po usunięciu przyczyny, albo prowadzimy takie ćwiczenia, które nie przeciwdziałają np. zabiegom ortodontycznym. Niedosłuchy, które również mogą powodować zniekształcenia postaci dźwiękowej głosek, powinny być leczone lub, gdy okaże się to nieskuteczne, dziecko powinno nosić aparat słuchowy.

Jeśli przyczyn wadliwej wymowy nie udaje się ustalić, możemy od razu przystąpić do prób wywołania dźwięku.

**Wywołanie dźwięku** to najczęściej bardzo krótki etap. Pokazanie dziecku odpowiedniego ułożenia narządów mownych i polecenie wypowie-

dzenia głoski może trwać nawet kilkanaście sekund. Wyjątkiem jest głoska *r*, której wywołanie może być trudne i trwać nawet kilka miesięcy.

W jaki sposób wywołujemy głoski? Metody, czy, jak kto woli — techniki wywoływania głosek są bardzo różne. Jedne z nich, zwane fonetycznymi, polegają na wykorzystywaniu innych głosek już wymawianych przez dziecko. Takie głoski lekko się modyfikuje, np. przedłużając, dodając dentalizację czy wytwarzając szczelinę wargowo-zębową przez lekkie przyciśnięcie palcem dolnej wargi do górnych zębów przy wymawianiu *u* w celu uzyskania *v*. Inne rodzaje technik stosowanych do wywoływania głosek to te, w których punktem wyjścia jest układanie narządów mownych albo poprzez pokazanie ułożenia narządów mownych, albo wręcz wymuszanie prawidłowego układu przy pomocy narzędzi typu szpatułki, sondy artykulacyjnej, a nawet zapalki. Warunkiem powodzenia jest dobra znajomość fonetyki artykulacyjnej; pozwala to na świadome i odpowiedzialne działanie.

W przypadkach cięższych zaburzeń, kiedy duża liczba głosek jest wymawiana nieprawidłowo, logopeda staje przed dylematem, od których głosek rozpocząć terapię. Ponieważ naturalny rozwój mowy (i wymowy) jest procesem bardzo ekonomicznym, więc powtarzanie naturalnej kolejności pojawiania się głosek jest główną zasadą, którą powinniśmy się kierować. Odstępstwa od niej czynimy wówczas, gdy są trudności w uzyskaniu głoski wczesnej, a późniejsza zaczyna się pojawiać. Ważne jest to, aby dziecko uzyskało jakiś sukces możliwie wcześnie, bo będzie wówczas miało motywację do pracy. Ten etap może być niepotrzebny, gdy głoska od czasu do czasu pojawia się w wypowiedziach dziecka.

**Automatyzacja lub utrwalanie** to trzeci etap, który w wielu przypadkach trwa najdłużej. Jeśli pacjent zniekształcał głoski (np. wymowa boczna lub międzyzębowa), to taka deformacja jest już zwykle mocno utrwalona, jest automatyzmem.

Wywołanie prawidłowej artykulacji nie musi być trudne, ale nowy sposób wymowy przez długi czas jest obserwowany tylko w gabinecie logopedy i to przy powtórzeniach. Bywa, że gdy tylko dziecko chce coś powiedzieć obecnej na zajęciach matce, to zupełnie zapomina o tym, jak należy mówić. Zastępstwa głoskowe (substytucje) likwiduje się nieco szybciej, ponieważ łatwiejsza jest autokontrola wypowiedzi. Rozróżnienie zębowych i dźwiękowych to oprócz różnicy brzmienia także dość wyraźne różnice miejsca artykulacji, co pozwala także na różnicowanie czuciowe. Jednak gdy dziecko w niewystarczającym stopniu słyszało różnice między tymi szeregami u otoczenia (zaburzenia słuchu fonematycznego), to również w takich przypadkach terapia może przeciągać się w czasie. Zwykle długo pracuje się nad zróżnicowaniem spółgłosek dźwięcznych i bezdźwięcznych.

Etap automatyzacji zidentyfikowanego pod względem słuchowym i opianowanego artykulacyjnie dźwięku przebiega w następujący sposób.

1. Wprowadzanie głoski do:
  - a) sylab (powtarzanie),
  - b) wyrazów (powtarzanie),
  - c) grup wyrazowych i zdań (powtarzanie).
2. Utrwalanie głoski w:
  - a) wyrazach (nazywanie przedmiotów rzeczywistych i przedstawionych na obrazkach),
  - b) rymowankach (wierszyki, zagadki itp. odtwarzanie z pamięci),
  - c) samodzielnych wypowiedziach na różne tematy pod kontrolą logopedy w poradni,
  - d) wypowiadanie się w środowisku rodzinnym i szkolnym pod kontrolą rodziców i nauczycieli.

Jeśli dziecko na zajęciach z logopedą potrafi posłużyć się prawidłowo brzmiącym dźwiękiem przy nazywaniu przedmiotów bez pomocy bezpośredniego wzorca, możemy już polecić rodzicom, aby kontrolowali sposób wymawiania np. nazw przedmiotów z najbliższego otoczenia. Im więcej razy dziecko poprawnie wymówi dźwięk, tym szybciej nastąpi jego utrwalenie (automatyzacja). Tu trzeba zwrócić uwagę na dobór materiału do ćwiczeń. Jeżeli jesteśmy na etapie sylab czy wyrazów, oczywistą rzeczą jest, że każdy element zawiera interesującą nas głoskę. Ale już w zdaniach czy rymowankach zbyt duże obciążenie tekstu ćwiczoną głoską zaczyna sprawiać kłopot. Dziecku bardzo trudno jest kontrolować swoją wymowę w pięciu czy sześciu wyrazach w zdaniu. Zresztą tekst, nasycony nadmiernie jakimś dźwiękiem, jest tworem sztucznym. Stąd postulat, aby w materiale ćwiczeniowym frekwencja głosek była podobna do normalnej.

Wskazane jest, aby podczas ćwiczeń z dzieckiem była obecna osoba, która musi się nauczyć, jak wykonywać zadane do domu ćwiczenia. Muszą one być prowadzone systematycznie, w miarę możliwości kilka razy dziennie, bo sama półgodzinna praca z logopedą raz w tygodniu nie da efektów.

#### ORGANIZACJA POSTĘPOWANIA LOGOPEDYCZNEGO

Ustalamy częstotliwość spotkań — minimum raz w tygodniu. Wówczas zadajemy do przećwiczenia niezbyt duże porcje materiału, na bieżąco kontrolujemy postępy: zadanie tych samych ćwiczeń motorycznych na dłuższy okres spowoduje znużenie dziecka jednostajnością wykonywanych zadań i nie pozwala sprawdzić, czy one są wykonywane właściwie, czy jeszcze są np. po dwóch tygodniach nadal potrzebne.

Czas trwania spotkania — minimum 30–40 minut — obejmuje sprawdzenie opanowania zadanych ćwiczeń, wprowadzenie nowego materiału, krótkie zajęcia relaksacyjne, zapisanie w zeszycie nowego materiału do utrwalenia w domu i jeszcze raz przećwiczenie tego z dzieckiem, rozmowa z opiekunem dziecka — instrukcja do wykonywania ćwiczeń.

W poradni ćwiczenia najczęściej mają charakter indywidualny.

#### POSTĘPOWANIE TERAPEUTYCZNE

1. Sformułowanie szczegółowego programu terapii (kolejność pracy nad głoskami, prognozowany czas pracy). Przedstawienie go opiekunom dziecka, poinformowanie ich o konieczności współpracy, nieraz o konieczności wykonania dodatkowych badań czy leczenia.

2. Prowadzenie dokumentacji logopedycznej:

a) dokumentacja obowiązująca w danej placówce,

b) zeszyt prowadzony wspólnie przez logopedę i dziecko.

Każda placówka ma swoje wymagania co do prowadzenia dokumentacji. Zależy to w dużym stopniu od resortu, któremu placówka podlega (oświata, służba zdrowia). Jednak wszędzie jest wymagana indywidualna karta pacjenta, gdzie wpisujemy skrótowo, ale na tyle treściwie informacje o sposobie prowadzenia terapii, abyśmy nie tylko sami, ale także ktoś, kto nas zastąpi, w razie takiej konieczności, mógł się dowiedzieć, nad jaką głoską obecnie się pracuje i jakimi metodami. Wpisujemy tam również trudności, które miało dziecko podczas wykonywania ćwiczeń, a także, nad czym dziecko miało pracować w domu.

W zeszycie logopeda zapisuje materiał do utrwalenia podczas każdej wizyty, często wkleja obrazki do kolorowania i ładnego ich nazywania, czasem dziecko w domu wkleja do zeszytu (lub rysuje) obrazki przedstawiające przedmioty, w nazwach których występuje ćwiczona głoska.

Jeśli tylko istnieje taka możliwość, nagrywamy wypowiedzi dziecka przed rozpoczęciem terapii i po pewnym czasie jej trwania. Będzie to bardzo pomocne przy ocenie efektów pracy, którą powinniśmy po pewnym okresie terapii przeprowadzić. Jeżeli efekty są niezadowolające, zachodzi potrzeba modyfikacji programu terapii.

Podsumowując powyższe rozważania, trzeba zawsze mieć na uwadze:

1) konieczność przeprowadzenia diagnozy, na którą składa się ocena umiejętności dziecka (wypunktowanie niedostatków na tle osiągnięć) oraz ustalenie przyczyny pojawiających się problemów;

2) ustalenie planu terapii z uwzględnieniem wszystkich etapów pracy korekcyjnej;

3) zobowiązanie rodziców bądź opiekunów dziecka do stałej współpracy i skrupulatnego wykonywania poleceń logopedy, gdyż tylko to warunkuje efekty;

4) wizyty u logopedy nie powinny odbywać się rzadziej niż raz w tygodniu i trwać 30–40 minut;

5) nie można lekceważyć formalnych wymogów, czyli dokumentacji;

6) logopeda powinien stale dokształcać się, śledzić ukazującą się literaturę, uczestniczyć w spotkaniach organizowanych przez oddziały Polskiego Towarzystwa Logopedycznego i inne.

#### BIBLIOGRAFIA

- Antos D., Demel G., Styczek I., 1978, *Jak usuwać seplenienie i inne wady wymowy*, Warszawa.
- Jastrzębowska G., Pelc-Pękala O., 1999, *Diagnoza i terapia zaburzeń artykulacji (dyslalia)*, [w:] *Logopedia. Pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*, red. T Gałkowski, G. Jastrzębowska, Opole, s. 729–753.
- Kania J. T., 2001, *Szkice logopedyczne*, Lublin.
- Rodak H., 1992, *Terapia dziecka z wadą wymowy*, Warszawa.
- Soltys-Chmielowicz A., 2008, *Zaburzenia artykulacji. Teoria i praktyka*, Kraków.
- Styczek I., 1979, *Logopedia*, Warszawa.