

Barbara Ostapiuk

Uniwersytet Szczeciński – Zakład Pedagogiki Specjalnej
Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie – Zakład Logopedii

Dziecięca artykulacja czy wada wymowy – między fizjologią a patologią

**Child Articulation or Speech Defect?
– between Physiology and Pathology**

Streszczenie

Przedmiotem rozważań są problemy związane z odróżnianiem w dziecięcej wymowie wadliwych artykulacji od fizjologicznych odmienności. Pod dyskusję poddano kryterium lingwistyczne (wyróżniające: substytucje, elizje, deformacje), stosowane w logopedii (wraz z kryterium wieku: do 5-7 r.ż., > 5-7 r.ż.) do odróżniania fizjologii od patologii. Za nieodzowny składnik interpretacji odmienności w dziecięcej wymowie uznano kryterium etiologiczne. Jego rolę przedstawiono na przykładzie własnych badań jakości wymowy u osób z ankyloglosją. W postaci algorytmu przedstawiono kolejność postępowania w ustalaniu przyczyny wadliwej wymowy, za punkt wyjścia przyjmując relacje pomiędzy głoską słuchaną, fonemem i głoską mówioną w osobniczym rozwoju.

Summary

The problems connected with drawing a distinction between defective articulation and physiological dissimilarity of children's pronunciation are taken under consideration in this paper. The linguistic criterion (substitutions, elisions, deformations) being used in theory of speech therapy (together with criterion of age: $\leq 5-7.$, $> 5-7.$), which allows to differentiate physiology from pathology, has been raised a question for the discussion. The etiological criterion has been recognized as an indispensable component of interpretation of distinction in children's pronunciation. Its meaning has been presented on the ground of own research connected with the quality of pronunciation among individuals with ankyloglossia. The order of procedure into settlement the reason of defective pronunciation is presented in the terms of algorithm and the relations between heard sound, phoneme and spoken sound have been taken into account as the starting point.

O wadach wymowy pisze się od wielu lat. Różnie się je nazywa, z różnych punktów widzenia porządkuje. Najpierw problematyką wad wymowy zajmowała się medycyna [zob. Grabias 1997; Kaczmarek 1991; Ročlawski 2001], później także inne dyscypliny: pedagogika, psychologia, językoznawstwo, a następnie – począwszy od lat sześćdziesiątych ubiegłego wieku – logopedia. W kolejnych latach spierano się o przynależność problematyki zaburzeń mowy (w tym także wad wymowy) – jedni chcieli ją widzieć jako przedmiot poznania pedagogiki, inni – językoznawstwa lub medycyny [zob. np. *Przedmiot logopedii* 1991]. Dziś powszechnie przyjmowane jest stanowisko L. Kaczmarka, definiującego logopedię jako autonomiczną interdyscyplinarną dziedzinę naukową [zob. Grabias 2001 s. 20].

Za jeden z najważniejszych elementów budowania autonomii logopedii należy uznać klasyfikacje zaburzeń mowy, począwszy od *Korelacyjnej klasyfikacji zaburzeń słownego i pisemnego porozumiewania się* L. Kaczmarka [1975] po *Logopedyczną klasyfikację zaburzeń mowy* S. Grabiasa [1994]. W każdej z nich wady wymowy znajdują swoje miejsce, wyznaczone już to z perspektywy objawów (np. jako zaburzenia *substancji* obok zaburzeń *formy i treści* [Kaczmarek 1975], jako zaburzenia *paradygmatyczne* obok *syntagmatycznych* [Kania 1975]), już to poprzez pryzmat zachowań komunikacyjnych (*kompetencyjne* zaburzenia w dyslalii i *realizacyjne* zaburzenia w dysglosji) [Grabias 1994], już to w odniesieniu do przyczyn (ośrodkowych, obwodowych) i zarazem objawów (i stąd m.in.: *dyslalia* i *Dyslalia*) [Mierzejewska, Emiluta-Rozya 1997], już to ze względu na relację pomiędzy głoską a fonemem (stąd: *dyslalia wtórna* – konsekwencja *dysfonemii* i nie związana z nią *dyslalia pierwotna*) [Ostapiuk 1997].

I. CZYM WADA WYMOWY RÓŻNI SIĘ OD DZIECIĘCEJ ARTYKULACJI, BŁĘDU WYMOWY, PRZEJĘZYCZENIA?

Poprawne użycie języka określa norma językowa [zob. np. *Encyklopedia Językoznawstwa Ogólnego* 1999 s. 398], która jest wynikiem ustalającego się w społeczności językowej (synchronicznie względnie stałego, diachronicznie jednak zmiennego) sposobu używania języka. „Z punktu widzenia praktyki logopedycznej pojęcie normy językowej, w tym fonetycznej, ma zasadnicze znaczenie”¹ [Łobacz 2001 s. 190]. Jeśli uznamy – w odniesieniu do segmen-

¹ Jest to jednocześnie pojęcie, jak pisze P. Łobacz, nieobecne „jako hasło w bazie terminów logopedycznych (por. Surowaniec 1992) ani w opracowaniach podręcznikowych, które ukazały się w ostatnich latach (por. np. Jastrzębowska 1996), co stanowi kolejny dowód trudności sformułowania zwięzłej, jednoznacznej definicji” [Łobacz 2001 s. 190 n.]. Autorka omawia różne czynniki, które składają się na „niedostatki ustaleń teoretycznych” (s. 189) w odniesieniu do pojęcia normy wymowy.

talnej substancji języka – że na poprawną wymowę składa się taka głoskowa realizacja k a ż d e g o fonemu, która w tym języku uznawana jest za normatywną, to obecność niepożądanych cech w realizacji co najmniej jednego fonemu należy uznać za brak poprawności. Pozostaje wówczas decyzja, jaki zasób fonemów i jakie ich głoskowe realizacje są uznawane za poprawne punkty odniesienia w ocenie. W tej pracy dźwiękowe realizacje polskich fonemów są oceniane według kryteriów B. Rocławskiego [1983; 1986; 1989; 2001].

Głoska jest najmniejszym niesamodzielnym elementem tekstu językowego (z jednej strony – mówionego, z drugiej – słuchanego). Pozwala akustycznie różnicować w tekstach mówionych i audytywnie rozpoznawać w tekstach słuchanych – najmniejsze, niesamodzielne, nieznaczące elementy języka – fonemy². Będąc podstawą fonemu i jego reprezentacją, umożliwia w procesie mówienia – słuchania przekazywanie i odbieranie znaczeń zawartych w – najmniejszych, znaczących, niesamodzielnymi jednostkami języka – morfemach. Od umiejętności posługiwania się głoską, na którą składają się wiedza (tzw. jasna [Butler, Kurkowska, Satkiewicz 1986 s. 15]) o głoskach i klasach głosek (fonemach) oraz zdolność wykonania pożądanego zespołu pozycji i ruchów oddechowo-fonacyjno-artykulacyjnych, zależą pozostałe elementy złożonych czynności mówienia – rozumienia [Ostapiuk 1997].

Norma wymowy uwzględnia pole swobody realizacyjnej fonemu, różnicując wymagania wobec mówiących użytkowników języka (wymowa sceniczna – wymowa potoczna, wymowa *lento* – wymowa *allegro*) [Klemensiewicz 1930; Madejowa 1987; Rocławski 1973; Stieber 1966]. Muszą oni jednak posługiwać się głoskami, które słuchający użytkownicy języka mogą bez przeszkód rozpoznawać jako jednoznaczne reprezentacje fonemów. Jedne z tych głosek są uznawane za wzorcowe, poprawne, normatywne (głoski podstawowe i niepodstawowe warianty kombinatoryczne w danej fonemowej klasie), inne – odmienne wobec nich – za pozanormatywne.

Nie wszystkie odmienności od normy wymowy są wadą wymowy. Dziecięce artykulacje, fonetyczne błędy, przejęzyczenia, tak jak i wada wymowy, naruszają normę wymowy, nie wymagają jednak logopedycznego usprawniania. Fonetyczne błędy, które są „nieświadomym odstępstwem od współczesnej normy językowej” [Praktyczny słownik [...] 1999 s. 402] wymagają wyłącznie kształtowania fonetycznej świadomości, wynikają bowiem z nieznaności normy wymowy (co może mieć miejsce m.in. w wielojęzycznym czy gwarowym środowisku), nie zaś z niemożności jej poznania lub realizowania. Żadnego działania nie wymagają występujące okazjonalnie prze-

² Fonem to „klasa głosek spokrewnionych akustycznie, które mogą się wzajemnie zastępować bez zmiany znaczenia wyrazu” [Rocławski 1994 s. 15]. Zob. też definicje fonemu w pracy: [Jakobson, Halle 1964 s. 35 n.].

języczenia (towarzysząca im autokorekta świadczy o znajomości normy, a zdolność do natychmiastowego poprawnego wykonania – o prawidłowych mechanizmach wymowy). Niedojrzałe dziecięce artykulacje samostannie przeobrażają się – wraz z fizycznym i psychicznym rozwojem dziecka – w prawidłowe dzięki jego własnej aktywności oraz naturalnym (nie specjalnym) wpływom mówiącego otoczenia [Ostapiuk 1993]. Specjalnego logopedycznego działania wymagają tylko wady wymowy. Są to te odstępstwa od normy wymowy, które w związku z powstającą w wyniku zaburzeń mechanizmów wymowy „niemożnością realizacji prawidłowej” są jedynym „możliwym zachowaniem jednostki” [Grabias 1997 s. 30].

II. CZY POLSKI SYSTEM LOGOPEDYCZNEJ OPIEKI MOŻE ZASPOKOIĆ POTRZEBY W ZAKRESIE TERAPII WAD WYMOWY?

U dwu-, trzy-, cztero-, pięcio-, sześciolatków występują wszystkie rodzaje odstępstw od normy wymowy: błędy, przejęzyczenia, dziecięce artykulacje, ale także wady wymowy. Wady wymowy – w zależności od kryteriów oceny i wieku – dotyczą: 20-30% dzieci 6-letnich [Styczek 1979 s. 15; Demel 1994 s. 5], ok. 60% dzieci 5-7-letnich [Próchnicka 2002], 69,5% dzieci 3-6-letnich [Rządźka, Rządźki 1995 s. 30], 21% uczniów kl. III-VII [Szczepańska, Skrońska-Jakowicz 1997 s. 59]. Czy dzieci korzystają z logopedycznej opieki, a jeśli nie, to dlaczego? Czy podjęta terapia jest skuteczna, a jeśli nie, to dlaczego?

Utrzymujący się od wielu lat wysoki wskaźnik wad wymowy przekonuje, że w ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat w praktyce niewiele zrobiono w zakresie usuwania wad wymowy, a zwłaszcza – zapobiegania im. Jeszcze przed paroma laty nie było w Polsce wystarczającej liczby logopedów. Dziś nie zatrudnia się przygotowanych do wykonywania zawodu logopedy specjalistów, czasem nawet likwiduje się etaty (w służbie zdrowia i w oświacie). W obu resortach pracuje niewielu logopedów (np. w 2000 r. tylko w 5% przedszkoli, w 6,1% szkół podstawowych, w 1,2% gimnazjów [Ministerstwo [...] 2001 s. 10]). Potrzeby wydają się zaś wielokrotnie większe³, także ze względu na specyfikę terapii wady wymowy⁴.

³ Na podstawie danych zawartych w publikacji *Ministerstwo Edukacji Narodowej o pomocy psychologiczno-pedagogicznej* [2001] można stwierdzić, że jednemu uczniowi logopeda mógł w 2000 r. poświęcić zaledwie 4,5 min. w miesiącu. Do informacji o liczbie logopedów zatrudnionych w służbie zdrowia nie udało mi się dotrzeć.

⁴ G. Jastrzębowska [1999 b] analizuje niektóre czynniki, które składają się na „małą efektywność polskiego systemu opieki logopedycznej” (s. 231) i wymienia warunki poprawy sytuacji.

Skuteczna logopedyczna terapia jest z reguły (w zależności od przyczyny wadliwej wymowy, stopnia zaburzeń, czasu rozpoczęcia oraz intensywności terapii) procesem trwającym od kilku miesięcy do kilku nawet lat. Logopedyczne postępowanie obejmuje diagnozę (logopeda w jej wyniku ustala, jakie ćwiczenia pacjent ma wykonywać na kolejnych etapach terapii) i terapię (pacjent z pomocą logopedy i pod jego kierunkiem wykonuje ćwiczenia). Charakter tej terapii (nie tylko ćwiczenie z dzieckiem, ale też uczenie dziecka i rodziców wykonywania ćwiczeń w domu) sprawia, że wizyta u logopedy trwa – w zależności od zaawansowania – od ok. 1-1,5 godz. (początek terapii) do ok. 15-20 min. (dalsze jej etapy) – średnio: 45 min. Ponadto jest to terapia, którą tylko w niewielkim zakresie można prowadzić jednocześnie dla kilku osób. Teoretycznie jeden logopeda (zatrudniony w wymiarze 20 godz. tygodniowo – w oświacie, 34 – w służbie zdrowia) może objąć stałą, systematyczną opieką (jeden raz w tygodniu) niewielką liczbę (20-30) osób. W praktyce, wobec liczby osób potrzebujących tej opieki, albo skraca ćwiczenia, albo zmniejsza ich częstotliwość (co nie pozostaje bez wpływu na jakość terapii, a zatem także na czas jej trwania i skuteczność), albo obejmuje opieką tylko niektóre dzieci.

Z nielicznych badań wynika, że tylko część osób z wadą wymowy korzysta z pomocy logopedy⁵. Czy nie mogą z niej korzystać ze względu na trudny dostęp do logopedy (ograniczenia etatowe)? Czy nie chcą z niej korzystać? Czy też może w ogóle nie wiedzą, że jej potrzebują?⁶ Dlaczego?

III. CZY Z WADY WYMOWY SIĘ WYRASTA?

Wadliwa wymowa u dzieci do piątego, a nawet do siódmego roku życia (z wyjątkiem dzieci specjalnej troski) jest często traktowana (przez rodziców, nauczycieli, lekarzy) – ze względu na podobieństwo objawów – jak niedojrzała artykulacja, z której dziecko po prostu z czasem „wyrośnie”. Należałoby zatem sądzić, że wada wymowy u dorosłych jest rzadkością. Jakość wymowy w populacji dorosłych nieczęsto była przedmiotem badań [Błachnio

⁵ L. Konopska [2000] podaje, że zdecydowana większość (80%) ze 167 badanych z wadami zgryzu i wymowy (w wieku od > 7 do 25 roku życia) nigdy nie była objęta logopedyczną opieką. K. Błachnio [1981 s. 157] w wyniku badań 397 studentów ustaliła, że „stwierdzone wady wymowy [...] powstały w okresie wczesnego dzieciństwa i nigdy nie były usuwane specjalistycznie”.

⁶ Na przykład P. Łobacz [2001 s. 191] na podstawie rozmowy kwalifikacyjnej przeprowadzonej z 37 kandydatkami na podyplomowe studium logopedyczne w 1997 r. podaje: „[...] badanie logopedyczne wykazało, że tylko u 5 kandydatek nie stwierdzono żadnych uchybień w artykulacji ani oczywistych wad zgryzu, mimo że wszystkie kandydatki posiadały pozytywne zaświadczenia od laryngologa o braku przeciwwskazań do uprawiania zawodu logopedy, a tylko jedna zdawała sobie sprawę z niedostatków w zakresie płynności czytania”.

1981]⁷. Nie znam badań porównawczych (prowadzonych tą samą metodą w obu przedziałach wiekowych), które by dowodziły, że procent wadliwie wymawiających dorosłych jest istotnie niższy niż procent wadliwie wymawiających dzieci. Obserwacja występujących w telewizji dorosłych użytkowników języka polskiego (nie tylko uczestników teleturniejów, polityków, zaproszonych gości, ale także redaktorów, lektorów, prezenterów⁸) pozwala stwierdzić, że mniej więcej co trzeci, czwarty dorosły Polak wadliwie realizuje polski fonem /r/⁹ (co oznacza, że ma wadę wymowy). Skąd zatem powszechne złudzenie, że „z wady wymowy się wyrasta”? Zapewne stąd, że u dorosłych nie spotykamy wadliwej wymowy szczególnie niepożądaną (charakterystyczną dla części wadliwie wymawiających dzieci), np.: [lyba] zamiast [ryba], [capta] zamiast [czapka], [jajta] zamiast [lalka]. Dorośli – jeśli wymawiają wadliwie – prezentują wymowę, która nie narusza fonemowej budowy wyrazu, np.: [Ryba], [CZapka], [LaLka]. Jak wymawiali mając dwa, trzy, cztery, pięć lat? Większość z nich z całą pewnością także wadliwie. Prawdopodobnie, że bardziej wadliwie niż obecnie, np.: [lyba], [capta], [jajta]. Nie tyle więc „wyrósł z wady wymowy”, co „wyrósł” ze szczególnie rażącej postaci wady wymowy, nie osiągnęli jednak wymowy normatywnej.

⁷ K. Błachnio [1981 s. 157] badała 397 studentów AWF w Poznaniu (w latach 1972/73 i 1974/75) i stwierdziła: „Największy odsetek zakłóceń w realizacji fonicznej posiada podłoże egzogenne, stwierdzono je u 39,7% mężczyzn i 55% kobiet, natomiast podłoże endogenne stwierdzanych odstępstw od przyjętych norm artykulacyjnych wystąpiło u 26,8% mężczyzn i 13% kobiet”.

⁸ Występowanie wadliwej wymowy w tej grupie jest szczególnie niepokojące, ponieważ: „Wzorców osobowych poprawnej wymowy należy szukać w środowisku osób wykształconych, aktorów, lektorów radiowych i telewizyjnych itp.” [Rocławski 1986 s. 198].

⁹ Taki pogląd wyraża wielu autorów, np. B. Rocławski [1986 s. 251]: „W radiu i telewizji coraz częściej słyszy się osoby, które realizują uwularne [r]; J. Wójtowiczowa [1997 s. 164]: „Wśród kandydatów do Pomagisterskiego Studium Logopedycznego UW jest wielu nauczycieli przedszkoli, nauczycieli nauczania początkowego; są to absolwenci wydziałów humanistycznych: pedagogiki, psychologii, polonistyki. Jedna czwarta z nich [...] ma wady wymowy”; E. M. Skorek [2001 s. 83 n.]: „[...] deformowanie głosek stało się dość powszechne, i to nie tylko wśród osób zawodowo nie pracujących głosem, ale także wśród na przykład prezenterów telewizyjnych, polityków i nauczycieli”. E. M. Skorek mówi: „Sepalenie boczne i przyzębowe, reranie języczkowe i niepełne jest już tak upowszechnione, że nie dostrzegamy ich wcale i nie razi nas boczne układanie języka czy nieprzyjemne brzmienie r-niepełnego” (tamże s. 84), z czym już trudniej byłoby się zgodzić – na podstawie własnych obserwacji mogę powiedzieć, że studenci pedagogiki na pierwszych ćwiczeniach z „logopedii” wymieniają publicznie znane osoby, których wymowę opisują jako nieprzyjemną, rażącą, utrudniającą odbiór informacji. B. Rocławski [1986 s. 251] podaje wyniki badań stosunku Polaków do wymowy „r z francuska”: „Ponad 60% ankietowanych ocenia negatywnie taką wymowę” (w zależności od wykształcenia od 50% do 64%), a co ciekawsze, nie akceptuje takiej wymowy nie tylko większość deklarujących aktywny stosunek do zagadnień językowych (69%), ale także większość deklarujących obojętność (53%), a nawet większość niechętnych (56%) wobec tych zagadnień (tamże s. 251).

W jaki sposób traktowana jest pozanormalna wymowa dziecięca w logopedycznej teorii wad wymowy?

IV. METRYKALNE KRYTERIUM WADY WYMOWY

Jak logopeda odróżnia, które pozanormalnie wymawiające dziecko wymaga logopedycznej terapii, a które jej nie wymaga? Jeśli przyjmie, że „dopóki u dziecka trwa proces opanowywania języka, nie można mówić o zaburzeniach artykulacji”, i zarazem uważa, że „powinno ono artykułować poprawnie najpóźniej pod koniec pierwszego roku nauki szkolnej” [Essen 1967 s. 167], to logopedyczne działanie przed siódmym rokiem życia musi uznać za przedwczesne. Ten sposób wnioskowania, oparty na kryterium wieku (czasem jest to nie siódmy, ale szósty lub piąty rok życia)¹⁰, nie jest zjawiskiem wyjątkowym w praktyce, nie tylko lekarskiej, co opóźnia usprawnianie wymowy przed 7-5 rokiem życia (i wcześniej) w przypadkach, w których jest to konieczne, możliwe czy wskazane. Jego potwierdzeniem jest organizacja logopedycznej opieki w placówkach oświatowych: „[...] w poradniach psychologiczno-pedagogicznych badania rozwoju mowy i jej stanu wykonywane są dopiero u dzieci 6-letnich lub w początkowych klasach szkoły podstawowej. W konsekwencji realizowane w poradniach programy pomocy logopedycznej dotyczą dzieci w starszym wieku przedszkolnym i młodszym szkolnym, a więc takich, u których rozwój mowy powinien już być zakończony” [Ministerstwo [...] 2001 s. 42].

Ministerstwo Edukacji Narodowej krytykuje takie rozwiązanie¹¹, zgodnie z opinią, że „decydujący [...] o skuteczności tej terapii jest moment jej rozpoczęcia” (tamże).

W logopedycznej literaturze zawsze za bezsporne uważało się, że usuwanie zaburzeń mowy powinno odbywać się „w wieku jak najwcześniejszym” [Styczek 1979 s. 15], że „im wcześniej podejmiemy terapię, tym krócej będziemy pracować nad wywołaniem właściwego dźwięku i zwiększamy szansę powodzenia terapii” [Skorek 2001 s. 115], a nawet że „profilaktyka powinna wypierać patologię” [Przybysz-Piwkova 1991 s. 82].

¹⁰ W *Logopedii* I. Styczek [1979 s. 14] czytamy: „W zależności od wieku dziecka rozwój jego wymowy przechodzi różne stadia. Do 5-6 roku życia trudniejsze głoski bywają zastępowane łatwiejszymi lub nie są wymawiane w ogóle, dlatego też za wadliwe należy uznać tylko te dźwięki, których nie ma w zasobie głosek polskich”.

¹¹ W przywołanej publikacji podkreśla się jednocześnie potrzebę profilaktyki i wczesnej interwencji logopedycznej (nawet poniżej trzeciego roku życia) [Ministerstwo [...] 2001 s. 42-45].

Nie zawsze jednak wiadomo, jaki wiek uważa się za „wczesny”. W kontekście przywołanych powyżej poglądów jego dolną granicą wydaje się 5-7 rok życia¹².

Na tle tego poglądu skrajnie odmienne jest stanowisko E. Stecko, która zdecydowanie krytycznie ocenia kierowanie się wiekiem¹³ i od wielu lat przypomina, jak sama mówi – fakt oczywisty – „iż rozwój języka i mowy nie rozpoczyna się w określonym momencie życia, a trwa od jego początku” [Stecko 1996 s. 7]. Zainteresowanie logopedy wczesnym rozwojem innych czynności (np. ssaniem, połykaniem, żuciem, oddychaniem) w kontekście rozwoju wymowy dziecka uzasadnione jest wielofunkcyjnością układów: oddechowego, fonacyjnego, artykulacyjnego. Istota logopedycznej diagnozy polega więc nie na liczeniu lat, a na „umiejscowieniu wystąpienia defektu w okresie rozwojowym dziecka [...], a następnie wykazaniu, jaki miał on wpływ na charakter zaburzeń mowy” (tamże s. 10), co jest podstawą programu usprawniania (włącznie z czynnościami przygotowującymi niemowlęcy narząd artykulacyjny do mówienia) [Stecko 1989; 1996]. Ten sposób patrzenia na zaburzenia rozwoju mowy spotkał się w Polsce z żywym oddźwiękiem, nie wyeliminował jednak z logopedii tradycyjnych interpretacji – być może dlatego, że – jak mówi E. Stecko [1996 s. 14]: „Otwarcie jednak należy przyznać, iż znajomość współzależności wielu funkcji pozornie nie związanych z mową jest często niedostateczna”.

Jak zatem w logopedii proponuje się odróżniać, czy pozanormalna wymowa dwu-, trzy-, cztero-, pięcio-, sześciolatka jest dziecięcą (fizjologiczną) czy wadliwą (patologiczną) artykulacją? Czym – jeśli kryterium wieku okazuje się wątpliwe – kierować ma się logopeda, by nie podjąć decyzji o terapii w odniesieniu do fizjologii wziętej za patologię i odwrotnie – by nie odsunąć decyzji o terapii, nie dostrzegając patologii?

¹² Bariere skuteczności w usprawnianiu wymowy wyznacza zaś argument: „Wczesne usuwanie wad mowy jest sprawą ważną i z tego względu, że po 12-14 roku życia utrwała się tak zwana postawa artykulacyjna, tzn. ruchy artykulacyjne właściwe temu językowi, jakim posługuje się dziecko, ulegają zmechanizowaniu i po tym okresie usunięcie wady mowy jest znacznie trudniejsze” [Styczek 1979 s. 16]. Warto zauważyć, że nie dysponujemy badaniami, z których wynikałoby, że skuteczność logopedycznej terapii (np. w reraniu) jest istotnie niższa po 12-14 roku życia. Z własnych badań wynika, że skuteczność logopedycznej terapii w *dyslalii ankyloglosyjnej* nie zależy od wieku, zależy zaś od zastosowanej metody [Ostapiuk 2000].

¹³ Na przykład: „Często jednak zdarza się, że matka zgłaszająca się do logopedy z dzieckiem przed 3 rokiem życia dowiadyuje się, że jest to jeszcze za wcześnie” [Stecko 1996 s. 14].

V. LINGWISTYCZNO-METRYKALNE KRYTERIUM WADY WYMOWY

Przed laty J. T. Kania [1967 s. 191] zaproponował, by – obok kryterium wieku dziecka – za najważniejszą podstawę oddzielenia zjawisk patologicznych od rozwojowych uważać formy wadliwej wymowy. Odwołując się do tradycyjnego jakościowego podziału zaburzeń artykulacji stosowanego w medycynie [Pruszewicz 1992 b], wyróżnił: mogilalię, paralalię, dyslalię właściwą [Kania 1967 s. 177], nadając im parę lat później językoznawcze nazwy: elizja, substytucja, deformacja¹⁴. Podstawą rozróżnienia form wadliwej wymowy jest ocena fonetycznych cech głoski według ich fonemowej wartości z punktu widzenia odbiorcy. Brak głoski (opuszczanie głoski, mogilalia, elizja), a zatem brak fonemowych cech dystynktywnych, oraz obecność dystynktywnych cech innej klasy fonemowej w miejsce pożądanych (zastępowanie głoski, paralalia, substytucja) przed 7 czy 5 rokiem życia są postrzegane jako przejawy fizjologii, a po tej cezurze wiekowej – patologii. Realizowanie zaś cech dystynktywnych z naruszeniem normy fonetycznej (zniekształcanie głoski, dyslalia właściwa, deformacja) – bez względu na wiek – uważa się za patologię.

Tak więc, stosując lingwistyczne kategorie, „przyjmuje się pewną granicę wieku – zazwyczaj koniec 7 lub 5 roku życia – do której dane zjawisko określa się jako rozwojowe, zaś po przekroczeniu jej to samo zjawisko ma już charakter patologiczny, choć obiektywnie biorąc może nie nastąpić żadna zmiana wymowy” [Kania 1967 s. 176].

VI. POZÓR ROZSTRZYGNIECIA: SUBSTYTUCJA FIZJOLOGIĄ – DEFORMACJA PATOLOGIĄ

Kryterium lingwistyczno-metrykalne do dziś powszechnie obowiązuje w polskiej logopedii jako narzędzie oddzielania fizjologii od patologii [Sołtys-Chmielowicz 1998; Jastrzębowska 1999 a; Skorek 2001], pozwalające także orzekać, „od kiedy można aktywnie rozpocząć reedukację” [Kania 1967 s. 176]. Zgodnie z nim za podlegające logopedycznej terapii uważamy nie tylko deformacje, elizje i substytucje po siódmym roku życia, ale także deformacje przed 5-7 rokiem życia, a wyłączamy z logopedycznej opieki elizje i substytucje przed 5-7 rokiem życia. W porównaniu z kryterium

¹⁴ „Z foniatрії wywodzi się trójczłonowy podział wad wymowy, który może być wykorzystany przez językoznawstwo. Idzie tu o wyodrębniane bardzo często formy wadliwej wymowy: mogilalię, paralalię i deformację. W miejsce dwu pierwszych mogą być wprowadzone terminy lingwistyczne: elizja i substytucja, trzeci pozostaje bez zmian. Do tych form dają się zasadniczo sprowadzić wszystkie paradygmatyczne zaburzenia wymowy” [Kania 1975 s. 15].

wieku to niewielka różnica – postulat wczesnej logopedycznej opieki może być realizowany w przypadku deformacji już przed 5-7 rokiem życia, substytucja (i elizja) przed 5-7 rokiem życia nadal pozostaje związana z fizjologiczną linią rozwoju, co łączy się z ryzykiem „przeoczenia” patologii, takim samym, jak w przypadku kryterium wieku.

Z doświadczeń w logopedycznej praktyce wiadomo, że niektóre substytucje (i elizje) z czasem przekształcają się w deformacje (zamiast w oczekiwane normatywne realizacje), logopeda podczas wywiadu dowiaduje się, że dziecko „od niedawna mówi takie R, przedtem mówiło lak, lyba”. Takie przypuszczenie wyrażone jest także w literaturze: „[...] w przyszłości niektóre substytucje mogą się przekształcić w głoski zdeformowane” [Soltys-Chmielowiec 1998 s. 69]. Czy *post factum* powiemy o nich: „To były fizjologiczne substytucje” czy: „To były patologiczne substytucje”?

Rzecz jednak w tym, by – z a n i m rozstrzygnie o tym czas – wskazać różnice pomiędzy podobnymi z pozoru (z objawu): fizjologiczną substytucją a patologiczną substytucją. Zadaniem logopedii jest bowiem nie tylko opisywanie („to jest wada wymowy”) i wyjaśnianie („jej przyczyną jest ...”), ale także – na podstawie badań – przewidywanie („z prawdopodobieństwem X można przypuszczać, że w związku ze stanem Y substytucja przekształci się w deformację, a w związku ze stanem Z – w normatywną głoskę”)¹⁵. Im lepiej logopeda pozna obie linie rozwoju substytucji wraz z czynnikami je tworzącymi, tym trafniej będzie prognozować jakość wymowy, a także – w przypadku, gdy wystąpią czynniki ryzyka wady wymowy – wcześniej zapobiegać jej powstaniu. Na przykład z badań L. Konopskiej [2000] wynika, że wada wymowy występuje u 81% osób z wadą zgryzu, a w zależności od rodzaju wady zgryzu: u 67% osób z dotylną wadą zgryzu (odsetek wzrasta wraz z jej nasileniem: 54%, 70%, 100%), u 94% osób z doprzednią wadą zgryzu i u 98% osób ze zgryzem otwartym (niezależnie od ich nasilenia)¹⁶.

Bezużyteczność kryterium lingwistyczno-metrykalnego (zwłaszcza jako decydującego o rozpoczęciu logopedycznej opieki) jest szczególnie widoczna w odniesieniu do niektórych przyczyn zaburzeń wymowy. Logopedyczną terapię zaleca się bowiem czasem już u noworodków i niemowląt, np.

¹⁵ Wymogi hierarchiczności celów w logopedii omawia S. Grabias [1997 s. 16]: „Wszelkie działanie badawcze rozpoczyna się od postępowania diagnostycznego. Ma ono dostarczyć stwierdzalnych empirycznie zjawisk (załóżmy, że w wypadku logopedii są to rozmaite przejawy zaburzeń mowy), a następnie dokonać ich objaśnienia. Pełny opis (deskrypcja) i wyczerpujące wyjaśnienie zjawisk (eksplikacja) umożliwiają postawienie dalszego kroku badawczego, jakim jest tworzenie prognoz, polegające na budowaniu programów postępowania naprawczego”.

¹⁶ Wyniki tych badań odbiegają od opinii wyrażonej przez I. Styczek [1979 s. 343] w *Logopedii*: „W życiu codziennym łatwo jest zaobserwować, że większość osób z wadami zgryzu i ustawienia zębów ma wymowę normalną”. Dostarczają ponadto informacji o związkach pomiędzy rodzajem (i nasileniem) wady zgryzu a zasobem wadliwie realizowanych fonemów i rodzajem niepożądanych cech w wadliwych realizacjach [Konopska 2000].

z uszkodzonym narządem słuchu czy rozszczepem podniebienia. Nawet jeśli w badaniach jakości wymowy kilkuletnich dzieci z tymi wadami przyjmuje się „podstawowy w logopedii podział [...] zaburzeń na deformację, substytucję i elizję” [Kurkowski 1996 s. 132], to wskazana jest rezerwa wobec – dokonywanego na jego podstawie – rozróżniania fizjologii od patologii [zob. np. Kurkowski 1996 s. 132].

VII. KRYTERIA METRYKALNE I LINGWISTYCZNE W BADANIACH ROZWOJU ARTYKULACJI

Ustalenie, czy obserwowana pozanormatywna realizacja fonemu wymaga czy też nie wymaga interwencji logopedy, okazuje się trudne w odniesieniu do dzieci w wieku przedszkolnym. One bowiem, właśnie z racji wieku, mają prawo do odmiennej – w porównaniu z dorosłymi – wymowy. Czym kierować się, by nie przeoczyć tych odmienności, które związane są z нефизjologiczną przeszkodą? Czy prowadzone w Polsce badania rozwoju artykulacji mogą stanowić punkt odniesienia?

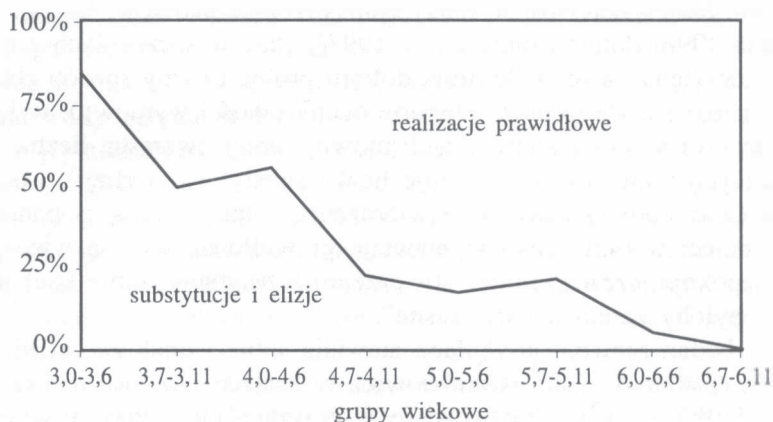
Obraz rozwoju artykulacji polskiego dziecka, jaki wyłania się z rozważań teoretycznych, z obserwacji własnych dzieci (zwłaszcza do czwartego roku życia) oraz z nielicznych badań grup (liczących od 31 do 1090) dzieci w wieku przedszkolnym [Bartkowska 1968; Mystkowska 1970; Sołtys-Chmielowicz 1998; Majewska-Tworek 2001] [zob. przegląd badań w: Łobacz 1996; Golanowska 1996; Sołtys-Chmielowicz 1998], choć w szczegółach zróżnicowany (i ze względu na różne kryteria doboru próby, i różny sposób zbierania materiału, i różne kryteria oraz kategorie oceny jakości wymowy), w jednym jest zgodny: wraz z wiekiem dzieci mówią lepiej (wzrasta liczba dzieci wymawiających prawidłowo), a maleje liczba substytucji (i elizji). Logopeda może się czuć upoważniony do stwierdzenia: „Jak wynika z badań, nie wszystkie dzieci w tym wieku wymawiają prawidłowo, nie ma więc powodów do niepokoju, szczególnie że stwierdzam substytucję (lub elizję). Podjęcie terapii byłoby zatem przedwczesne”.

Autorzy badań rozwoju artykulacji stawiają sobie jednak za cel nie tylko – jak w przypadku A. Sołtys-Chmielowicz w książce *Wymowa dzieci przedszkolnych* [1998 s. 17], „sprawdzenie i opisanie umiejętności wymawianych dzieci w wieku przedszkolnym”, ale także – jak deklaruje np. A. Majewska-Tworek w książce *Rozwój sprawności artykulacyjnej dziecka w wieku przedszkolnym* [2001 s. 9] – znacznie więcej: „[...] najistotniejsza jest analiza typowych cech charakteryzujących rozwój sprawności artykulacyjnej. Dzięki temu uzyskuje się dane, które umożliwiają odróżnianie prawidłowości w przebiegu tego procesu od symptomów wskazujących na jego opóźnienie [podkr. moje –

B. O.]. Trafne różnicowanie językowych zjawisk, które się obserwuje w mowie dziecka, decyduje bowiem o podjęciu terapii logopedycznej we właściwym czasie”.

A. Majewska-Tworek badaniami objęła 160 dzieci w wieku 3,0-6,11, wykluczając „dzieci, w których wymowie stwierdzono obecność zniekształconych głosek [...], bowiem [...] nie można opisywać normy rozwojowej, uwzględniając zjawiska o charakterze patologicznym” [Majewska-Tworek 2001 s. 47]. Autorka wyróżnia zatem wśród badanych: 1) dzieci „z utrwaloną prawidłową wymową” oraz 2) dzieci, których „wymowa była nieprawidłowa bądź jeszcze nieustabilizowana, tzn. w wypowiedziach stosowano stale bądź nieregularnie substytucje obserwowanych fonemów” (tamże s. 44) (autorka deklaruje tym samym – zwróćmy uwagę – że substytucję uważa za zjawisko fizjologiczne, patologiczne bowiem z badań wykluczyła).

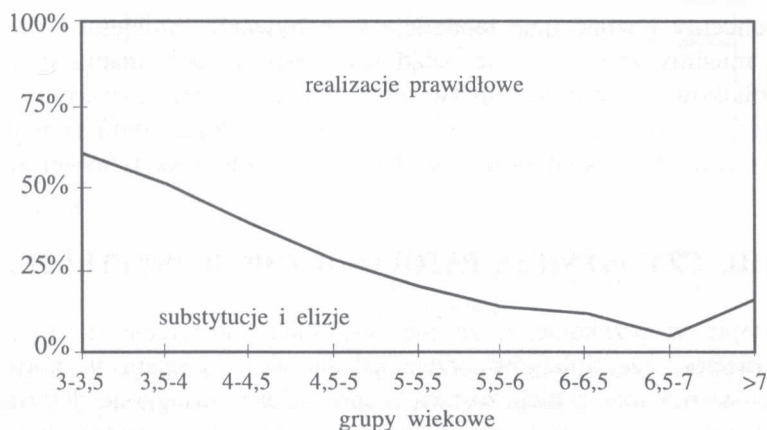
Z przywołanych badań wynika, że wraz z wiekiem liczba dzieci z prawidłową wymową wzrasta, a liczba dzieci z substytucją (i elizją) maleje. I tak np. utrwalonej wymowy [r] nie ma aż 70% dzieci w czwartym roku życia, 45% w piątym roku życia, 20% w szóstym roku życia. Wśród badanych w wieku 6,7-6,11 już tylko 2,5% nie wymawia [r], co zarazem oznacza, że 97,5% badanych w drugiej połowie siódmego roku życia wymawia [r] (na ryc. 1 przedstawiam obraz rozwoju realizacji fonemu /r/ według badań A. Majewskiej-Tworek [2001]).



Ryc. 1. Proporcje pomiędzy prawidłowymi realizacjami fonemu /r/ a substytucjami (i elizjami) w grupach wiekowych (na podstawie wyników badań A. Majewskiej-Tworek [2001])

Taki obraz – odbiegający od rzeczywistości – powstał w wyniku poddania analizie wyselekcjonowanego materiału (realizacje normatywne, substytucje i elizje, bez deformacji), co pozwoliło pokazać wyłącznie jedną ze znanych

już tendencji rozwojowych: zanikanie substytucji (i elizji) wraz z wiekiem (na ryc. 2 przedstawiam – dla porównania – podobny obraz zanikania substytucji w realizacji fonemu /r/ według wcześniejszych badań A. Sołtys-Chmielowicz [1998 s. 98] u 1063 dzieci na podstawie danych w tab. 39).



Ryc. 2. Proporcje pomiędzy prawidłowymi realizacjami fonemu /r/ a substytucjami (i elizjami) w grupach wiekowych (według wyników badań A. Sołtys-Chmielowicz [1998])

Podobny tok wnioskowania znajdujemy w publikacji J. T. Kani [1967], który – choć podkreśla prowizoryczny charakter obserwacji i akcentuje potrzebę poznania form wadliwej wymowy dorosłych dyslalików – zanikanie substytucji (i elizji) utożsamia ze zwiększeniem częstości poprawnej wymowy u dorosłych: „[...] nie mamy tu [u dorosłych – przyp. B. O.] do czynienia z proporcjonalnym zmniejszeniem się wszystkich form obserwowanych u dzieci, lecz reprezentowana jest tylko druga grupa, czyli rotacyzm właściwy. Tak więc ogólny odsetek zniekształceń u dorosłych zmniejsza się dzięki niemal całkowitemu zanikowi form $r = \emptyset$, j lub l [...] [podkr. moje – B. O.]” [Kania 1967 s. 182].

Nawet jeśli rzeczywiście odsetek zniekształceń u dorosłych jest mniejszy niż u dzieci, czy można wnioskować, że żadne z nich uprzednio nie było substytucją? Czy wszystkie stwierdzone u dorosłych deformacje były nimi w przeszłości? Osobiście często spotykam u dorosłych (pacjenci, rodzice pacjentów, studenci) pozanormalne realizacje fonemu /r/. Osoby te często – jak się w rozmowie okazuje – miały problemy z głoską [r] w dzieciństwie (ówczesne realizacje mogły być substytucjami)¹⁷.

¹⁷ Studenci pedagogiki w pracach kontrolnych z logopedii (na temat pozanormalnej realizacji jednego z polskich fonemów) często opisują osoby. Niekiedy ustalają także,

Zanikanie substytucji w okresie rozwoju wymowy nie jest kwestionowane. Rzadko spotykamy tę formę wymowy u siedmiolatków, incydentalnie w późniejszym wieku [np. Kania 1969 s. 246] [powyższe uogólnienia nie dotyczą dzieci specjalnej troski]. Czy jest to jednak zarazem dowód na fizjologiczne podłoże substytucji?

Jeśli chcemy poznać inne tendencje w nabywaniu umiejętności artykulatoryjnych, musimy zadać pytanie: skąd wywodzą się deformacje stwierdzone u siedmiolatków? Czy przedtem (w ich szóstym, piątym, czwartym, trzecim roku życia) już były deformacjami, czy może patologicznymi substytucjami (lub elizjami), które pochnie oceniliśmy jako zjawiska fizjologiczne?

VIII. CZY ISTNIEJĄ PATOLOGICZNE SUBSTYTUCJE?

Pozostając w przekonaniu, że nie wszystkie substytucje (i elizje) trzy-, cztero-, pięcio-, sześciolatków przekształcają się z czasem w normatywne realizacje, że niektóre z nich zostaną w przyszłości zastąpione deformacjami, że od pozafonemowej realizacji (substytucja, elizja) prowadzą dwie drogi: 1) droga fizjologiczna, zakończona normatywną realizacją fonemu (cechy fonemowe realizowane w normatywnych pozycjach i ruchach oddechowo-fonacyjno-artykulatoryjnych; 2) droga patologiczna, zakończona deformacją = pozanormatywną realizacją fonemu (cechy fonemowe realizowane w pozanormatywnych pozycjach i ruchach oddechowo-fonacyjno-artykulatoryjnych), można założyć, iż obraz zanikania substytucji wraz z wiekiem jest inny (zob. ryc. 3).

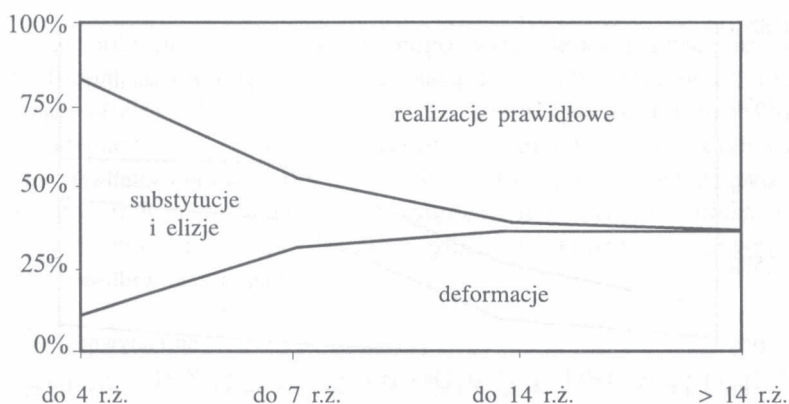
Jeśli zanikaniu substytucji (i elizji) towarzyszy nie tylko przyrost prawidłowych realizacji, ale także przyrost deformacji, to tendencja zanikania substytucji (i elizji) obrazuje nie tyle proces nabywania prawidłowej artykulacji¹⁸, ile naturalne dążenie kilkuletniego użytkownika języka „do zagwarantowania różnic fonemowych” [Ivić 1975 s. 147]¹⁹. Dążenie, które (wyjąwszy *dysfonemię* i wynikającą z niej *alalię/dyslalię wtórną* [Ostapiuk 1997]) u jednych uwieńczone jest normatywną głoską, u innych – w wyniku działania jakiejś przeszkody w normatywnej realizacji – wadliwą²⁰.

jaka forma wadliwej wymowy poprzedzała obecną, np.: „U badanej I. (23 lata) nieprawidłowa realizacja fonemu /r/ polega na drganiu czubka języka wsuniętego między zęby. [...] Z wywiadu, jaki przeprowadziłam, dowiedziałam się, że I. do 4 roku życia zamiast «r» wymawiała «l», a kiedy wykształciła wyżej opisaną formę wymowy, rodzice nie czuli potrzeby objęcia jej opieką logopedyczną, tak więc I. nigdy nie korzystała z fachowej pomocy”.

¹⁸ Warto przy okazji nadmienić, że znikomy odsetek substytucji po siódmym roku życia oznacza, iż odsetek zaburzeń słuchu fonemowego też może być, co najwyżej, znikomy.

¹⁹ W dążeniu tym wyraża się respektowanie „prawa najmniejszego wysiłku” [Encyklopedia [...] 1999 s. 458] słuchacza.

²⁰ Wadliwa głoska jest kompromisem pomiędzy „prawem najmniejszego wysiłku” mówiącego a „prawem najmniejszego wysiłku” jego słuchacza.



Ryc. 3. Proporcje pomiędzy prawidłowymi realizacjami fonemu /r/ a substytucjami (i elizjami) oraz deformacjami według wieku (hipotetyczne wartości)

Własne badania jakości wymowy u 210 osób ze skróconym wędzidełkiem języka (ankyloglosja) pozwalają stwierdzić, że zanikanie substytucji (i elizji) nie jest wyłącznie cechą fizjologicznego rozwoju artykulacji. W tym przypadku zanikanie substytucji odbywa się przede wszystkim na rzecz deformacji, a tylko incydentalnie na rzecz normatywnej realizacji.

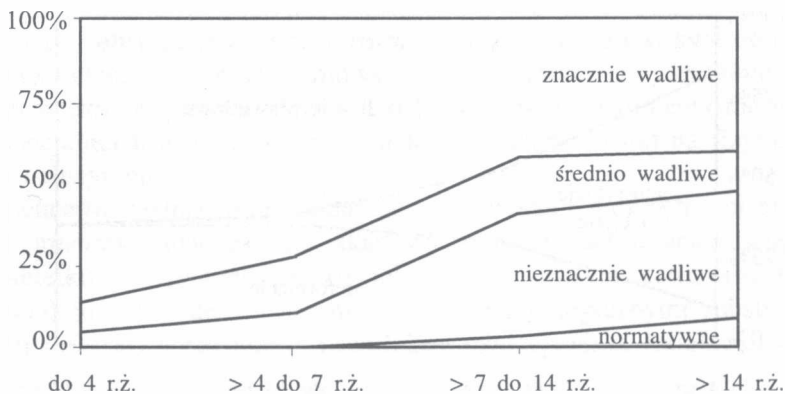
Analiza wyników wykazała, że jakość realizacji fonemu /r/ (normatywna oraz nieznacznie, średnio lub nieznacznie pozanormatywna – zob. ryc. 16, 17) w sposób statystycznie istotny związana jest nie tylko z jakością wędzidełka języka (prawidłowe oraz nieznacznie, średnio lub znacznie skrócone – zob. ryc. 12), ale także z wiekiem badanych²¹: starsi (niezależnie od tego, czy byli objęci logopedyczną opieką) dwukrotnie rzadziej tworzą znacznie wadliwe realizacje (ok. 40% po siódmym i po czternastym roku życia) niż młodsi (87% do czwartego roku życia), a prawidłowe głoski [r] tworzą wyłącznie badani po 7 roku życia (tylko cztery osoby spośród 210)²² (zob. ryc. 4). Wyniki te sugerują, że, być może, potoczne przekonanie o tym, iż dziecko z wady wymowy „wyrasta”, odnosi się właśnie do „wyrastania” z jej znacznie wadliwej postaci.

W kontekście rozważań o kryterium lingwistyczno-metrykalnym ważniejsze natomiast jest, że w ankyloglosji rodzaj wadliwych realizacji nie jest związany z jakością wędzidełka języka²³, jest natomiast w sposób statystycz-

²¹ Grupy wiekowe są jednorodnie pod względem jakości ruchów języka (według Pearson chi-kwadrat $p = 0,4$).

²² Współczynnik korelacji (według Spearman Rank) pomiędzy jakością realizacji a wiekiem wynosi $-0,38$ i jest statystycznie istotny ($p < 0,00001$).

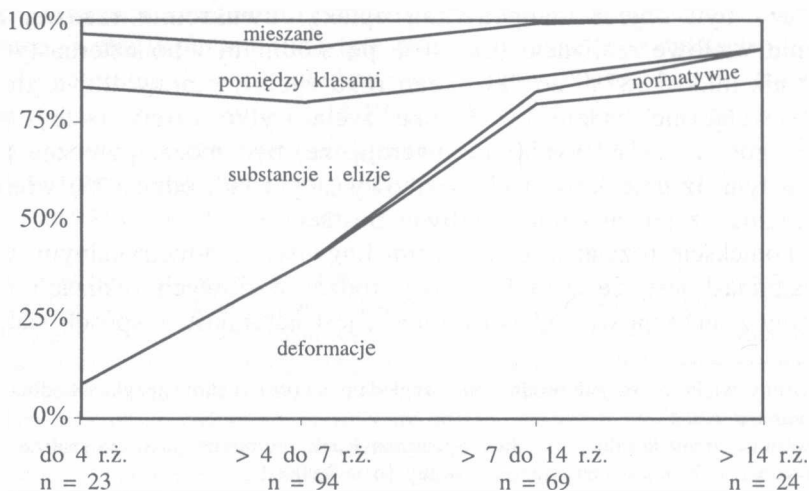
²³ Wartości p (Pearson chi-kwadrat) wyrażające związek pomiędzy rodzajem realizacji /r/ a jakością badanych ruchów języka: J I $p = 0,67$; J II $p = 0,15$; J III $p = 0,38$; J IV $p = 0,81$; J V $p = 0,30$ (ruchy języka: J I – J V zob. ryc. 12) [Ostapiuk 2000].



Ryc. 4. Proporcje pomiędzy prawidłowymi a nieznacznie, średnio oraz znacznie wadliwymi realizacjami fonemu /r/ u osób ze skróceniem wędzidełka języka według wieku (na podstawie własnych badań)

nie istotny (Pearson chi-kwadrat: $p < 0,00001$) związany z wiekiem badanych: im są starsi, tym mniej realizacji w klasie fonemowej /nie r/ (tradycyjnie nazywanych substytucją) oraz realizacji zerofonemowych (tradycyjnie nazywanych elizją), tym więcej natomiast realizacji wadliwych w klasie /r/ (tradycyjnie nazywanych deformacją) [zob. Ostapiuk 2002 a].

Większość młodszych dzieci (do siódmego, a zwłaszcza do czwartego roku życia), podlegając przede wszystkim „tendencji do ekonomii wysiłku fizycznego i umysłowego, wydatkowanego w procesie mowy” [Ivić 1975



Ryc. 5. Proporcje pomiędzy rodzajami realizacji fonemu /r/ u osób ze skróceniem wędzidełka języka według wieku (na podstawie wyników własnych badań)

s. 147], nie pokonuje oporu naprężonego wędzidełka i znacznie wadliwie realizuje fonem /r/, najczęściej poza klasą fonemową (typowe i nietypowe substytucje, elizje). Większość starszych dzieci (po siódmym roku życia) z kolei, pod naciskiem „drugiej – przeciwstawnej tendencji – zagwarantowania różnic fonemowych” (tamże), częściowo przez wyciężka przeszkodę i – dzięki wypracowaniu zastępczych pozycji i ruchów języka – tworzy nieznacznie i średnio wadliwe głoski w klasie fonemowej /r/ (deformacje)²⁴.

IX. CZY ISTNIEJĄ FIZJOLOGICZNE DEFORMACJE?

Przyjęło się uważać, że na przykład wymowa [safa] zamiast [szafa] (niepożądane miejsce artykulacji; substytucja) jest przejściową konsekwencją naturalnych, rozwojowych mechanizmów, a np. wymowa [s^{międzyzębowe}ok] zamiast [sok] (także niepożądane miejsce artykulacji; deformacja) jest jednoznacznym wyrazem zaburzeń (np. zgryzowych, oddechowych). Trudno podzielać przekonanie, że niepożądane cechy, które prowadzą do przekroczenia granicy fonemu, są właśnie związane z naturalnymi zmianami w obrębie czynnościowo skoordynowanych struktur oddechowo-fonacyjno-artykulacyjnych²⁵, a niepożądane cechy w polu realizacji fonemu związane są akurat z patologią w obrębie tych struktur (wadliwą budową, nieprawidłową czynnością).

Można przypuszczać, że niektóre cechy – kwalifikowane jako deformacje (i uważane w związku z tym za patologię) – mają także swoje fizjologiczne oblicze.

Na przykład niepożądaną w języku polskim międzyzębowość uważa się za wadę, która „nie ustępuje samoistnie” [np. Demel 1974 s. 17] i kwalifikuje jednoznacznie jako patologię, np.: „W sygmatyzmie wyróżnia się następujące sposoby realizacji dźwięków: 1. deformacje (mówimy wtedy o sygm a t y z m i e w ł a ś c i w y m), polegające na nieprawidłowej wymowie spółgłosek zębowych (s, z, c, dz), dziąsłowych (sz, ź, cz, dź), palatalnych (ś, ź, ć, dź); deformacje są wynikiem zmiany miejsca artykulacji, co powoduje zniekształcenie ich brzmienia. W zależności od miejsca, w którym powstaje wadliwa artykulacja, wyróżnia się różne typy seplenienia (np. mię-

²⁴ Następuje to – jak wynika z własnych badań – spontanicznie lub z podobnym skutkiem w logopedycznej terapii [Ostapiuk 2000].

²⁵ Na przykład: zmiany w rozmiarach i położeniu krtani w zależności od wieku [Pruszczyk 1992 a], zmiany w położeniu języka w jamach ustnej i gardłowej (m.in. w związku z obniżaniem krtani, zmianą sposobu jedzenia), zmiany wielkości i kształtu jamy ustnej związane z wyrastaniem kolejnych zębów, wymianą uzębienia, kształtowaniem łuków zębowych i zgryzu.

dzyębowe [...]” [Jastrzębowska 1999 a s. 447 n.; zob. też: Stecko 1996 s. 31].

Jednocześnie, charakteryzując rodzaje sygmatyzmu właściwego, stwierdza się: „Wymowa interdentalna to najczęstsza forma, występująca u dzieci w okresie wymiany uzębienia” [Jastrzębowska 1999 a s. 448].

Oczywiste, że utratę zębów można uznać za sprawcę międzyzębowej wymowy tylko wtedy, gdy nie stwierdzano jej przedtem. Taka międzyzębowość – uprzednio nieobecna – jest jednak chwilowa, naturalna, fizjologiczna, a nie – patologiczna. Jeśli zaś międzyzębowość występowała przed utratą mlecznych zębów, to brak zębów nie ma z tym nic wspólnego, co jednak także nie upoważnia do stwierdzenia patologii. Międzyzębowość bowiem – być może – należy wiązać również z innym fizjologicznym podłożem, np. z naturalnym obniżaniem krtani, szczególnie intensywnym w pierwszych kilku latach życia [Pruszewicz 1992 a s. 37].

Międzyzębowe położenie języka w czasie artykulacji świadczy o występowaniu jakiegoś czynnika przeszkadzającego w uzyskaniu pożądanej pozycji. Świadczy jednak wyłącznie o jego występowaniu, nie o jego naturze. Jeśli jest to czynnik naturalny, to – wraz z rozwojem w obrębie struktur oddechofonacyjno-artykulacyjnych – położenie języka zmieni się samoistnie (np. obniżenie krtani → utylnienie języka i spionizowanie korzenia języka). Jeśli zaś jest to czynnik chorobowy, patologiczny, nie należy się samoistnych zmian spodziewać. Jak – rezygnując z kryterium czasu – odróżnić jedną międzyzębowość od drugiej? Fizjologiczną od patologicznej? Okiem badacza trzeba objąć nie tylko obraz międzyzębowości, ale wszystkie czynniki, które mogą być z jej powstaniem związane. W już opublikowanych badaniach znajdujemy sygnały o traktowaniu międzyzębowości jako niepatologicznego zjawiska. Na przykład A. Sołtys-Chmielowicz [1998], omawiając międzyzębowe realizacje /t, d/ u badanych przez siebie dzieci przedszkolnych, pisze: „W zależności od wieku da się zaobserwować pewną tendencję malejącą, jeśli chodzi o częstość występowania tej dziecięcej deformacji. Ponieważ jednak liczebność grup była różna, nie mam podstaw do twierdzenia, że jest to wada rozwojowa” (s. 57)²⁶.

Podobnie niejasne są zagadnienia związane z bezdźwięczną realizacją dźwięcznych fonemów. Czy bezdźwięczność zawsze jest wyrazem patologii (co ma miejsce np. w chorobach górnych dróg oddechowych)? Czy oprócz

²⁶ W badaniach A. Sołtys-Chmielowicz [1998] na 1063 badanych międzyzębowość występuje: najczęściej w realizacji fonemów /s, z, c, dz/ (65 osób, tj. 6%) (s. 42), rzadziej – /t, d/ (39 osób, tj. 3,7%) (s. 57), najrzadziej – /ś, ź, ć, dź/ (16 osób, tj. 1,5%) (s. 38) i /sz, ż, cz, dź/ (13 osób, tj. 1,2%) (s. 50). Tylko w przypadku fonemów /t, d/ znajdujemy informacje o rozkładzie według wieku – zjawisko to częstsze jest u dzieci od 3,0 do 3,5 r.ż. (9%), od 3,5 do 4 r.ż. (7%) oraz od 5,5 do 6 r.ż. (7%) [s. 57]; w pozostałych grupach wiekowych występuje z częstością 1-2%.

patologicznej występuje fizjologiczna bezdźwięczność? Jeśli tak, można ją także, być może, wiązać z obniżaniem krtani i przejściową w związku z tym dyskoordynacją struktur krtaniowych i ponadkrtaniowych w realizacji dźwięczności.

P. Łobacz [1996 s. 64 n.] pisze: „Większość prac dotyczących opisu ogólnej normy rozwojowej pomija zjawisko tzw. mowy bezdźwięcznej. Wydaje się, że ten typ wymowy u dzieci w wieku przedszkolnym ma zbyt powszechny charakter, by można go traktować jako zjawisko patologiczne. [...] mowa bezdźwięczna powinna obejmować dwa aspekty analizy: patologiczny i rozwojowy. W tym ostatnim przypadku może być interpretowana jako rodzaj dyslalii rozwojowej, w związku z czym należy określić ramy czasowe jej umotywowanego występowania [podkr. moje – B. O.]” [zob. też: Przybysz-Piwkova 1998 s. 127].

Autorka przedstawia wyniki własnych badań akustycznych realizacji fonemów dźwięcznych u dzieci w wieku przedszkolnym [1996], interpretując je w odniesieniu do wartości „VOT (voice onset time – odstęp czasowy pomiędzy pływającą spółgłoską zwartą a dźwięcznością w następującej samogłosce)” [Łobacz 2001 s. 201]: „Pierwsze artykulacje dziecka manifestują całkowicie przypadkowe wartości VOT, co oznacza brak koordynacji pomiędzy artykulacją krtaniową i ponadkrtaniową. W okresie 10-12 miesięcy wszystkie spółgłoski zwarte artykułowane są z krótkim opóźnieniem dźwięczności – jest to łatwiejsze fizjologicznie. Dłuższe opóźnienie dźwięczności nabywane jest później, a do poprawnego kontrastu pomiędzy długim a krótkim opóźnieniem dźwięczności, zgodnie z dorosłą normą, dziecko dochodzi na przestrzeni kilku lat. Niestabilność tego parametru stwierdza się jeszcze u dzieci 4-6-letnich. [...] Nie wykonano dotychczas żadnych pomiarów wartości VOT dla języka polskiego, ale badania spektrograficzne i oscylograficzne nagłosowego [b] w polskich wyrazach w wymowie dzieci przedszkolnych wykazują wiele wahań w realizacji dźwięczności, które wraz z wiekiem maleją (por. Łobacz 1996)” [Łobacz 2001 s. 201].

We własnych badaniach jakości wymowy u osób ze skróceniem wędzidełka języka stwierdziłam (oprócz dźwięcznych) bezdźwięczne oraz częściowo dźwięczne i częściowo bezdźwięczne [por. Łobacz 1996] realizacje fonemów dźwięcznych nie tylko u dzieci w wieku przedszkolnym, ale także u dorosłych (bez zaburzeń słuchu fonemowego). Obserwowałam zaskakujące zjawisko samej poprawy w realizacji dźwięczności po przecięciu wędzidełka języka, co, być może, związane jest z chirurgiczną zmianą położenia języka w jamach ustnej i gardłowej i jednoczesnym obniżeniem krtani, a co za tym idzie, poprawą warunków tworzenia dźwięczności. Za przyjęciem takiej interpretacji przemawiają wyniki badań 51 dzieci z przyrośnięciem języka (w wieku 3-59 tygodni), uzyskane przez japońskich lekarzy, którzy stwierdzili, że „przyrośnięcie języka jest powiązane z odchyleniem nagłośni

i krtani” [Mukai, Mukai, Asaoka 1991 s. 14]²⁷. Zmiany w położeniu nagłośni i krtani, jakie nastąpiły w wyniku operacji wędzidelka języka²⁸, potwierdziły tę zależność²⁹.

Dopóki nie poznamy związków pomiędzy objawami dostrzeganymi w dziecięcej wymowie a czynnikami, które są ich przyczyną, uogólnienia o fizjologicznym podłożu każdej *substytucji* i o patologicznym podłożu każdej *deformacji* trzeba uznać za ryzykowne.

Zasygnalizowane zagadnienia nie są jedynymi, do których odnieść można słowa S. Grabiasa [1997 s. 16]: „W logopedii bowiem, i to nie tylko polskiej, naukowy opis i wyjaśnianie zjawisk pozostaje daleko w tyle za nagromadzoną przez wieki, często intuicyjną, wiedzą organizującą tok postępowania praktycznego”.

X. DEFORMACJA W SUBSTYTUCJI, CZYLI PATOLOGIA W FIZJOLOGII?

Za tym, że objawowej opozycji: substytucja (elizja) – deformacja nie odpowiada przyczynowa opozycja: fizjologia – patologia, przemawiają także inne wątpliwości.

Jedna dotyczy kwestii, jak np. u czterolatka kwalifikować wymowę typu [s^{międzyzębowe}afa] zamiast [szafa]? Z pewnością mamy do czynienia z realizacją /sz/ w innej klasie fonemowej, co oznacza, że jest to substytucja (a więc fizjologia), ale zarazem, z punktu widzenia fonemu /s/, jest to deformacja (a więc patologia).

J. T. Kania [1975], choć dostrzegał, że w substytucji „mogą zachodzić dwa przypadki: pierwszy ilustruje np. w y m o w ę *ś* w postaci *s*, przy czym *s* jest prawidłową realizacją fonemu *s*, drugi – wymowę *ś* w postaci *s* interdentalnego [...], gdy ostatni dźwięk stanowi wadliwą realizację fonemu *s*. Tak więc *s* interdentalne jest w tym przypadku w stosunku do *s* deformacją [...], zaś w stosunku do *ś* substytucją [podkr. moje – B. O.]” (s. 16), to jednak w trójczłonowym podziale form wadliwej

²⁷ „U normalnych noworodków nagłośnia i krtani ustawione są pionowo w kierunku części nosowej gardła” [Mukai, Mukai, Asaoka 1991 s. 15]. „W przypadku przyrośnięcia języka z odchyleniem nagłośni i krtani język wysuwa się do przodu, w wyniku czego nagłośnia jest przesunięta do góry i zakrzywia się brzusznie” (tamże s. 6).

²⁸ W przytaczanych badaniach zabieg chirurgiczny polegający na „nacięciu tkanki łącznej języka, łącznie z przegrodą języka i przednimi pęczkami mięśni bródkowo-językowych”, wykonywano w celu „przesunięcia nagłośni i krtani do dołu, aby znalazły się we właściwym położeniu względem części nosowej gardła” (tamże s. 6).

²⁹ „Po operacji nagłośnia znajdowała się w prawidłowym położeniu u wszystkich pacjentów, a krtani – u 87%” (tamże s. 15).

wymowy nie znalazł miejsca dla takich realizacji (zob. ryc. 7). Jak zatem ostatecznie kwalifikować wymowę typu [s^{międzyzębowe}afa]; jako fizjologiczną substytucję czy patologiczną deformację? Jeszcze trudniej o decyzję, gdy „deformacja w substytucji” nie jest tak wyraźnie widoczna, jak w podanym przykładzie międzyzębowości.

„W danej klasie głosek stanowiącej określony fonem występują najczęściej głoski o bardzo podobnej budowie artykulacyjnej i akustycznej, różniące się między sobą niewielką liczbą cech lub nawet tylko jedną cechą. Cechy te są słabo uświadamiane i najczęściej dostrzegają je tylko specjaliści fonetycy. [...] Przeciętny użytkownik języka w danej klasie głosek stanowiącej określony fonem najczęściej dostrzega tylko jedną głoskę” [Rocławski 1983 s. 111]. Kieruje bowiem uwagę tylko na te cechy dźwięków mowy, które pozwalają je różnicować i utożsamiać z fonemami. Dostrzega więc – choć fachowo nie nazywa – że w miejscu oczekiwanej głoski jest zero fonetyczne lub że głoska reprezentuje inny fonem. Nie dostrzega zaś – gdy głoska mieści się w polu realizacji fonemu – że jest realizowana w odmienny sposób, zwłaszcza gdy odmienność jest nieznaczna.

Ten sam przeciętny użytkownik języka, postawiony w roli osoby oceniającej, zaczyna dostrzegać cechy fonetyczne głosek i odróżnia np. [r₁] (przedniojęzykowo-dziąsłowe) od [r₂] (języczkowego) – staje się wrażliwym słuchaczem. Czasem wie tylko, że coś go w wadliwej wymowie razi, czasami nawet wie, co, choć najczęściej nie potrafi tego nazwać albo nazywa fałszywie.

Szczególnie wrażliwym obserwatorem głosek jest logopeda. Interesuje go bowiem, na czym polega odmienność niewłaściwie tworzonej głoski, jaka jest tego przyczyna i jaki patomechanizm. Niekiedy nawet logopeda nie umie „wyswobodzić się spod naturalnego przymusu do przyporządkowania” [Essen 1967 s. 275] obserwowanych faktów do znanych sobie klas zjawisk. Zwłaszcza gdy posługuje się wyłącznie słuchem.

Przykładem może być interpretacja zachowania dziecka, które mówi [lyba] zamiast [ryba]. W opinii obserwatora dziecko używa głoski [l] do realizacji fonemu /r/. Wówczas, gdy obserwator naśladować dziecko mówi: [lyba], ono czasem protestuje: „nie mówi się lyba, mówi się ryba”. Tę zagadkową niekonsekwencję tłumaczy się „całkowicie zablokowaną intrapersonalną kontrolą audytywną, przy stosunkowo prawidłowej kontroli interpersonalnej” u dziecka [Kania 2001 s. 199].

Dokładna obserwacja może wykazać, że reakcja dziecka była konsekwentna i racjonalna. Dziecko tworzyło dwie różne głoski: [l₁] (mówiąc [l₁a₁a]) i [l₂] (mówiąc [l₂yba]), nieznacznie różnicując w artykulacji oba fonemy: /l/ i /r/ (tak, jak mogło, jak umiało), co słabo zaznaczyło się w strukturze akustycznej, a w ogóle nie zostało dostrzeżone przez rozmówcę.

Zdaniem obserwatora dziecko realizując fonem /r/ w wyrazie /ryba/, przekroczyło pole realizacji fonemu /r/ i weszło w obszar realizacji fonemu /l/.

W jego ocenie głoska [l₂] nie zawierała cech niezbędnych do jej identyfikacji z fonemem /r/ (przede wszystkim nie była drżąca), zawierała natomiast cechy, które pozwoliły identyfikować ją z fonemem /l/ (dziecko /r/ → [l₂] → /l/ obserwator). Obserwator pominął jednak cechy odróżniające [l₂] od [l₁] i skupił się na cechach utożsamiających obserwowaną głoskę z fonemem /l/, stwierdzając substytucję (/r/ → [l₁] → /l/) ze strony dziecka. Mówiąc [l₁yba], sądził, że naśladuje dziecko (oczekiwał, że w ten sposób „odblokuje” u dziecka autokontrolę, a ono, gdy dostrzeże – najpierw w jego, następnie także w swojej wypowiedzi – że jednakowo realizuje dwa fonemy, zrezygnuje z zamiany /r/ na /l/). Dziecko zaś dostrzegło niezgodność tego naśladownictwa z własną wymową. Uważało ono, że tworzy dwie różne głoski (różnicuje oba fonemy), jego rozmówca zaś – przeciwnie – że takie same.

Protest dziecka („nie mówi się l₁yba, mówi się l₂yba”)³⁰ oznacza więc: „przecież mówię inaczej, nie słyszysz?!” Jego niezgoda na utożsamienie przez słuchacza dwóch głosek: [l₁], gdy mówi [l₁al₁a], i [l₂], gdy mówi [l₂yba], nie jest wówczas bezpodstawna³¹.

Celem obserwatora było ustalenie, czy wymowa typu [lyba] jest substytucją, deformacją czy elizją. Stwierdził substytucję, gdyż w ocenianej głosce [l₂] odnalazł cechy identyfikujące ją z fonemem /l/. Nie dostrzegł natomiast (lub tylko nie uwzględnił w interpretacji) tych cech głoski [l₂], które różnią ją od głoski [l₁] – podstawowej dla fonemu /l/. Opinia obserwatora świadczy zatem o zakresie obserwacji, a zarazem oznacza niedokładność badania. Gdyby obserwator przyjął inną – nie wyłącznie fonemową – perspektywę opisu obserwowanych zjawisk, mógłby stwierdzić daleko idącą fonetyczną deformację (do postaci głoski [l₂]). Mógłby nawet spodziewać się, że dziecko – jeśli jakaś przyczyna utrudnia mu realizację drgań przedniojęzykowo-dziąsłowych – w końcu (poszukując sposobu jej przezwyciężenia) osiągnie zastępcze drgania, np. tylne (funkcjonalnie skuteczne, choć nadal nienormalatywne).

Nie jest też przekonująca koncepcja „zablokowanej kontroli intrapersonalnej”. Trudno byłoby dowieść, że blokada wybiórczo objęła omawiane głoski. Przecież dziecko inne głoski (niekoniecznie wszystkie) tworzy normalywnie.

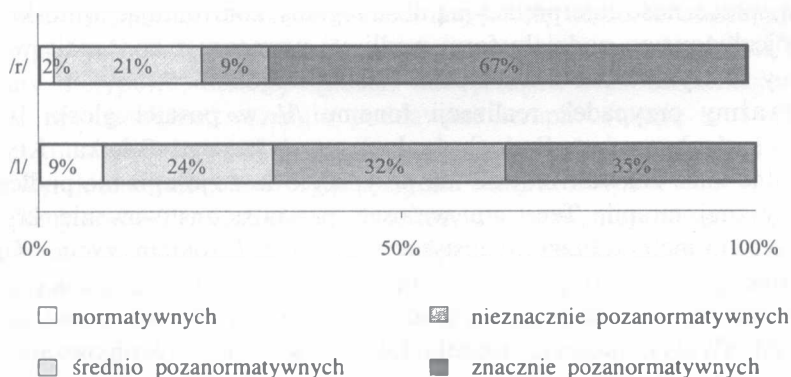
³⁰ Podany przykład nie wyklucza inaczej uwarunkowanej wymowy typu [lyba], np. może być ona konsekwencją zaburzenia w słuchowym różnicowaniu głosek reprezentujących fonemy /r/ i /l/. Wówczas dziecko źle nazywa (nie różnicuje artykulacyjnie głosek [r] i [l]) oraz źle wskazuje (nie różnicuje słuchowo głosek [r] i [l]) desygnaty paronimów typu: klatka – kratka, bo dysponuje jednym fonemem, nie dwoma: /r/ – /l/ (przykład dyslalii wtórnej) [Ostapiuk 1997].

³¹ Podana tu interpretacja nie odbiega od opisanej przez L. Kaczmarka [1966 s. 73 n.]: „Identycznie brzmiące dla otoczenia dziecięce l, używane zamiast r, oraz l normalne są dla dziecka głoskami różnymi, są realizacjami dwu różnych, jak to mówimy, fonemów, mianowicie R oraz L. [...] Autorzy, którzy przyjmują, że fonem pojawia się dopiero wtedy, gdy zostaje zrealizowany zgodnie z tradycją, poważnie się tu mylą”.

Taka artykulacja ukształtowała się m.in. z udziałem mechanizmów „kontroli intrapersonalnej”.

Przykład ten pokazuje, że pominięcie subtelných i pozornie nie znaczących różnic w obserwacji wymowy może prowadzić do fałszywych wniosków, ale przede wszystkim pozbawia obserwatora możliwości wczesnego rozpoznania wadliwej wymowy (a więc także wczesnego jej usprawniania).

Na przykład własne badania dowodzą, że u osób z ankyloglosją poprawna realizacja fonemu /l/ jest niemal tak samo rzadka (9% badanych), jak fonemu /r/ (2% badanych). W przypadku fonemu /r/ dominują znacznie wadliwe realizacje, w przypadku fonemu /l/ jest ich aż o połowę mniej (zob. ryc. 6). Z tego powodu zapewne wadliwe realizacje fonemu /r/ są częściej dostrzegane (trudniej je przeoczyć) niż wadliwe realizacje fonemu /l/³².



Ryc. 6. Proporcje pomiędzy normatywnymi oraz nieznacznie, średnio, znacznie pozanormatywnymi realizacjami fonemów /r/ i /l/ u 210 badanych ze skróceniem wędzidelka języka

W logopedycznej literaturze fonem /l/ uważa się za łatwy w realizacji, zapewne także dlatego, że odmienne brzmienie, uzyskiwane w kompensacyjnych realizacjach z zachowanym bocznym przepływem powietrza, nie kieruje uwagi słuchacza na żaden inny fonem (klasa fonemów płynnych, bocznych jest w polszczyźnie jednoelementowa) [Ostapiuk 1998]. Odmienności budowy artykulacyjnej tak tworzonych głosek są jednak wyraźnie widoczne (zob. ryc. 13-15), nawet gdy są nieznaczne (zob. ryc. 13 b). Jeśli jednak obserwator kieruje się brzmieniem, może uznać takie realizacje za poprawne.

Warto podkreślić, że u tej samej osoby zdarzają się, niezależnie od kontekstu, różne wadliwe realizacje. Na przykład u 12-letniej dziewczynki odnotowałam aż trzy różne niepożądane ułożenia języka w logotomie [al] (zob. ryc.

³² Zwłaszcza że fonem /r/ ma wyższą frekwencję niż /l/ [Rocławski 1983; 2001].

13 a, b, c). W żadnym przednia część języka nie wznosi się za zęby. Blokadę dla pośrodkowego przepływu powietrza tworzy: w jednym przypadku przód języka przy językowej powierzchni górnych zębów (ryc. 13 b), w drugim – przód języka nieznacznie wsunięty między łuki zębowe (ryc. 13 a), w trzecim – grzbiet języka wzniesiony do górnych zębów (dorsalna realizacja) (ryc. 13 c). W każdym przypadku bez wątplenia słyszymy głoskę z klasy fonemowej /l/. Czy przedstawione odmienności w ułożeniu języka możemy jednak zignorować?

XI. SUBSTYTUCJA FIZJOLOGICZNYM OBJAWEM ZABURZEŃ SŁUCHU FONEMOWEGO?

Inną sprzeczność interpretacyjną dostrzegamy konfrontując wnioski płynące z trójczłonowego podziału form wadliwej wymowy z koncepcją wadliwej wymowy w wyniku zaburzeń słuchu fonemowego.

Rozważmy przypadek realizacji fonemu /l/ w postaci głoski [j] (np.: [kojec], [pajec] zamiast [kolec], [palec]) u słyszącego 3-latka. Kryterium metrykalne każe zakwalifikować ten przypadek do fizjologii nie podlegającej logopedycznej terapii. Ten sam wniosek przynosi zastosowanie kryterium lingwistyczno-metrykalnego (substytucja przed 5-7 rokiem życia). Okazuje się jednak, że dziecko głoskę [l] audytywnie utożsamia z głoską [j] (oba wyrazy [kolec] i [kojec] słyszy jako jednakowe) i dlatego mówi (zgodnie z tym, jak słyszy): [kojec], [pajec]. Takie trudności w różnicowaniu głosek noszą nazwę zaburzeń słuchu fonemowego. Wskazywane są w literaturze jako jedna z najważniejszych [np. Rodak 1992 s. 26], najczęstszych [np. Skorek 2001 s. 54] przyczyn wadliwej wymowy i zaliczane są jednoznacznie do patologii [np. Wiśniewska, Eberhardt 1997], co pozostaje w sprzeczności z wiarą w fizjologiczny charakter substytucji.

Obok zaburzeń słuchu fonemowego (powodującego „paralalię, czyli zastępowanie głosek” [Skorek 2001 s. 83], dalej nazywane substytucją) wyodrębnia się – jako równie często występujące – zaburzenia słuchu fonetycznego (powodujące „dyslalię właściwą przejawiającą się deformacją głosek”) [Skorek 2001 s. 83].

Wychodząc od przyczyn (zaburzenia jednego lub drugiego słuchu), *a priori* przypisuje się im zróżnicowanie objawów (substytucja – deformacja). Czasami odwrotnie: wychodząc od objawów, *a priori* przypisuje się im przyczyny: „[...] zwykle deformacje są spowodowane wadami w aparacie artykulacyjnym, a przyczyna substytucji ma najczęściej podłoże słuchowe” [Sołtys-Chmielowicz 2001 s. 255].

Znajdziemy też opracowania, w których – okazuje się – zaburzenia słuchu fonemowego nie prowadzą do żadnych zaburzeń wymowy: występują równie

często u dzieci z wadą wymowy i bez wady wymowy³³ [Lipowska 2001 m.in. s. 84].

XII. NIETYPOWE SUBSTYTUCJE JAKO PATOLOGIA

Wynikiem niezadowolenia z rozstrzygnięć, jakie przynosi trójczłonowy podział form wadliwej wymowy zaproponowany przez J. T. Kanię, jest poszukiwanie odstępstw od reguły wiążącej substytucję z fizjologią. I tak wśród substytucji oprócz typowych wskazuje się „nietypowe [...] Na przykład zupełnie nietypowe *f*, *v* w miejscu przedniojęzykowo-zębowych spowodowane nieprawidłowym zgryzem [...], czy przy rozszczepie podniebienia zastępstwa *s*, *z*, *c*, *ʒ* przez *χ*” [Sołtys-Chmielowicz 1998 s. 39 n.], nadając im patologiczne piętno: „O ile nawet przedłużające się nieco w czasie występowanie typowych zastępstw głosek nie jest patologią, o tyle dzieci mające substytuty nietypowe, brak spółgłosek dźwięcznych oraz deformacje głosek powinny być możliwie wcześniej poddawane terapii” (tamże s. 146). „[...] pomijam substytucje typu *f*, *v*, *χ* [zamiast *sz*, *ż*, *cz*, *dż* – przyp. B. O.), gdyż są one wynikiem uszkodzeń organicznych” (tamże s. 46)³⁴.

Zwróćmy uwagę, że szacuje się te substytuty jako „nietypowe”, wskazując patologiczny czynnik sprawczy. Tak więc substytucje są w zasadzie fizjologią, a wtedy, gdy wiążemy je z np. wadą zgryzu, rozszczepem podniebienia – wyjątkowo są patologią. W ten sposób opozycja substytucja – deformacja przestaje odgrywać rolę kryterium odróżniającego fizjologię od patologii (co było celem tego podziału).

XIII. FONOLOGICZNA CZY FONETYCZNA INTERPRETACJA SUBSTYTUCJI?

Oczywiste jest – choć nie zawsze uświadamiane – że stosowanie kategorii substytucji, elizji, deformacji wymaga deklaracji, który system fonemów (klas głosek) jest płaszczyzną odniesienia dla ocenianych zjawisk. Odbiorca oceniany dźwięk mowy porównuje pod względem fonemowym z oczekiwanym i kwalifikuje jako deformację (zniekształcenie, dyslalia właściwa), sub-

³³ B. Rocławski [1994] zadając pytanie: „jak mogło dojść do ukształtowania prawidłowej wymowy wyrazów przy istnieniu zaburzeń odbioru?” (s. 24), wyjaśnia, że stwierdzenie zaburzeń sluchu fonemowego u dzieci z prawidłową wymową należy tłumaczyć czynnikami zakłócającymi jego badanie.

³⁴ Już J. T. Kania [1969 s. 248] czynił wyjątek dla nietypowych substytutów: „Nieodparcie narzuca się wniosek, że używanie i automatyzacja nietypowego substytutu jest zjawiskiem patologicznym, nawet we wczesnym okresie rozwoju”.

stytucję (zastępowanie, paralalia), elizję (opuszczenie, mogilalia). Deformacją nazywa te wadliwe głoski, które umieszcza – obok głosek normatywnych – w polu realizacji fonemu (deformacja „wykracza poza właściwe normie pole realizacji tego fonemu, a zarazem nie mieści się w polu realizacji innych fonemów” [Kania 1975 s. 18]), substytucją te, które umieszcza w polu realizacji innego fonemu („dwa fonemy systemu ogólnego mają tę samą realizację w wymowie pacjenta” (tamże s. 16), elizją zaś zero fonetyczne, które identyfikuje jako fonem zerowy³⁵. Kategorie te są wobec siebie komplementarne: konkretna głoskowa realizacja fonemu, jeśli nie jest normatywna, jest albo substytucją, albo deformacją, albo elizją. Istotą tej kwalifikacji jest właśnie fonologiczna interpretacja dźwięków mowy.

U niektórych autorów stosunek do substytucji, elizji, deformacji jest kształtowany z punktu widzenia fonetyki, nie fonologii, czego przykładem wypowiedź K. Błachnio: „Ponieważ bardzo duży procent logopatii odnosi się do wieku rozwojowego, a mianowicie do przedziału 3-7 r. życia dziecka, toteż poniżej określe typowe zmiany w użyciu języka (w płaszczyźnie fonetycznej): 1) odstępstwa rozwojowe (fizjologiczne): dyslalia fizjologiczna (np. parasygmatyzm, pararotacyzm), których istotą jest zastępowanie (substytucja) jednej głoski inną głoską z systemu ojczystego języka bądź opuszczanie głosek trudniejszych (tzw. elizje artykulacyjne), 2) odstępstwa patologiczne: zaburzenia artykulacji zwane inaczej dyslalią mechaniczną, które mogą pojawiać się w postaciach np. seplenienia międzyzębowego, seplenienia bocznego, rerania. Są to formy wymawianiowe obce polskiemu systemowi fonetycznemu” [Błachnio 1989 s. 24 n.; zob. też: Sołtys-Chmielowicz, Tkaczyk 1993 s. 42].

Pokusa niefonologicznego podejścia do substytucji pojawia się, ponieważ „fonologiczne traktowanie substytucji zaciemnia niektóre aspekty praktyczne” [Sołtys-Chmielowicz 1998 s. 28], w związku z czym proponuje się substytucję rozumieć „czysto fonetycznie jako zastępowanie jednej głoski przez drugą” (tamże).

A. Sołtys-Chmielowicz analizuje trudności wyłaniające się przy fonologicznej interpretacji substytucji w wymówieniach wyrazów: hipopotam, Chiny w postaci [χypopotam], [χyny]. Autorka zauważa, że χ zamiast χ´ nie może być uznane za substytucję, gdyż „o substytucji mówimy wówczas, jeśli dwa fonemy systemu ogólnego posiadają tę samą realizację w wymowie pacjenta” [Sołtys-Chmielowicz 1998 s. 28], zaś „tu jeden wariant fonemu zastępuje inny wariant tego samego fonemu”, a – jak słusznie podkreśla – „χ´ nie jest fonemem w żadnej ze znanych mi koncepcji fonologicznych

³⁵ Ścisłe rzecz ujmując, elizja jest szczególnym rodzajem substytucji – realizacja fonemu mieści się w polu realizacji innego fonemu danego języka: dla zera fonetycznego jest to fonem zero [zob. też: Kania 1975 s. 15 n.].

języka polskiego” (tamże). Zdaniem autorki „wymawianie χ' jak χ można uznać za substytucję”, gdy traktuje się substytucję „czysto fonetycznie jako zastępowanie jednej głoski przez drugą” (tamże).

Problem fonologicznej interpretacji substytucji w podanych przykładach jest jednak inny. W fonemowym systemie Z. Stiebera, który – jak można się domyślać, bo nie jest to wyrażone *explicite* – był płaszczyzną odniesienia dla poszukiwanej substytucji, dwie głoski: [i] oraz [y] nie są funkcjonalnie zróżnicowane (należą do jednej klasy), co rzeczywiście uniemożliwia fonologiczną interpretację omawianej substytucji i skłoniło autorkę do jej fonetycznej interpretacji. W fonemowym systemie Z. Stiebera obie wersje wymowy [χ' ipopotam], [χ' iny] oraz [χ yipopotam], [χ yiny] muszą być zinterpretowane jako formy o identycznej budowie fonemowej.

Te same wymówienia zgola inaczej pozwalają się interpretować w odniesieniu do fonemowych systemów, w których głoski [i] oraz [y] należą do różnych fonemowych klas głosek³⁶. Wówczas można uznać, że budowa fonemowa wyrazów / χ ipopotam/, / χ iny/ w wadliwych wymówieniach ulega zmianie (na / χ yipopotam/, / χ yiny/), co upoważnia do stwierdzenia substytucji w zgodzie z jej fonologiczną interpretacją. Substytucja dotyczy jednak innego fonemu: nie / χ /, lecz /i/. Fonem /i/ jest realizowany w postaci głoski [y], reprezentującej fonem /y/ (zamiast oczekiwanej głoski [i] z fonemowej klasy /i/). Odmienność nagłosowego [χ] w miejsce [χ'] jest wobec tej substytucji wtórna, jest jej koartykulacyjną konsekwencją. Obie głoski [χ] i [χ'] należą w polszczyźnie do jednej fonemowej klasy, każda z nich występuje w innym kontekście fonetycznym.

Wprowadzenie słowa „substytucja” na oznaczenie opisywanych zjawisk było niefortunnym rozwiązaniem. Nie jest ono synonimem słowa „zamiana”. Substytucja to taka zamiana, takie zastąpienie czegoś czymś, kogoś kimś (także w języku potocznym), które jest funkcjonalnie skuteczne [zob. *Nowa Encyklopedia Powszechna PWN*. T. 6 1997 s. 98]. Rolę substytutu spełniają zatem realizacje nazywane deformacjami, np. [sz^{dorsalne}], [r^{języczkowe}] są substytutami³⁷ – odpowiednio – przedniojęzykowo-dziąsłowych [sz] i [r], nie są nimi natomiast np. głoski [s] w miejsce [sz], [l] w miejsce [r] czy [t] w miejsce [k], co właśnie nazywane jest w logopedii substytucją.

³⁶ W systemie fonologicznym W. Jassem a i w systemie fonologicznym B. Rocławskiego polskie głoski [i], [y] – w przeciwieństwie do systemu Z. Stiebera – są funkcjonalnie zróżnicowane (należą do różnych fonemowych klas głosek /i/, /y/) [zob. Rocławski 1983].

³⁷ Przykład takiego rozumienia substytucji znajdujemy w *Encyklopedii Językoznawstwa Ogólnego* [1999 s. 572]: „**Substytut dźwiękowy**. Dźwięk występujący w wymowie niektórych użytkowników jęz. zamiast innego, bardziej rozpowszechnionego, np. *r* uwularne (języczkowe, w transkrypcji *R*) obserwowane u niektórych Polaków zamiast ogpol. *r* językowego. Jest przejawem rozmaitego rodzaju wad wymowy”.

XIV. TOŻSAMOŚĆ BRZMIENIA CZY ODMIENNOŚĆ BUDOWY ARTYKULACYJNEJ?

Głoska to „każdy najmniejszy element dźwiękowej formy wypowiedzi odznaczający się stałym zespołem cech artykulacyjnych, akustycznych i audytywnych” [Rocławski 1983 s. 110]. Oznacza to, że wówczas, gdy zmienia się zespół cech artykulacyjnych, zmienia się także – powstający w ich efekcie – zespół cech akustycznych oraz – odpowiadający mu po stronie słuchacza – zespół cech audytywnych: powstaje inna głoska³⁸.

W logopedycznej literaturze znajdujemy opisy konkretnych dźwięków, które przeczą tej zasadzie: „Poprawne brzmienie *š* [podkr. moje – B. O.] os. 016 uzyskała włączając do artykulacji przednią część języka. W tworzeniu szczeliny bezpośredniego udziału nie bierze sam apex, jak w warunkach normalnych, lecz praedorsum, które unosi się aż do praepalatum” [Styczek 1973 s. 37]; „Osoba 05 wymawia interdentalnie trzy szeregi, ale szereg typu *š* ma brzmienie prawidłowe” (tamże s. 25); „[...] w praktyce mamy do czynienia z innymi specyficznymi wariantami wymowy, przy których brzmienie głoski jest zgodne z brzmieniem dźwięku standardowego, ale artykulacja jest wyraźnie odmienna. Problem ten zilustruję przykładem wymowy głoski *š*. Zasadniczo *š* jest głoską koronalną. W praktyce stykamy się z inną jeszcze artykulacją *š*, mianowicie przód języka lokuje się na dnie jamy ustnej, na grzbiecie zaś wytwarza się wygarbienie. Taką głoskę można nazwać dorsalną. [...] Brzmienie tego *š* jest zbliżone do prawidłowego [podkr. moje – B. O.]” [Kania 1976 s. 263; zob. też: Sołtys-Chmielowicz 1998 s. 30].

Czy zatem dwa różne zespoły cech artykulacyjnych mogą być audytywnie tożsame? Byłby to przykład polimorfizmu głosek oznaczający, że „tę samą głoskę, zwłaszcza tę samą samogłoskę, można wymawiać więcej niż jednym sposobem” [Gołąb, Heinz, Polański 1970 s. 432]. Sprawa polimorfizmu nie jest jednak jednoznaczna. W dalszej części przytoczonej definicji czytamy bowiem o polimorfizmie: „[...] mówiący ucieka się do środków kompensacyjnych i wymawia głoskę brzmiącą prawie normalnie, ale o nieco innej, zmodyfikowanej artykulacji [podkr. moje – B. O.]” (tamże) [zob. też: Wierzchowska 1971 s. 117; Dłuska 1983 s. 46 n.].

Czy powyższe opisy to przykłady polimorfizmu głosek, czy dokumentacja trudności w uzyskaniu pożądanego brzmienia w typowy sposób?

Czy przekonanie o „zgodności brzmienia z brzmieniem dźwięku standardowego”, „poprawności brzmienia”, „prawidłowości brzmienia” tych głosek

³⁸ Za duże uproszczenie należy uznać powszechne w literaturze zwroty: dziecko nieprawidłowo wymawia głoskę [r] – nie można bowiem nieprawidłowo wymawiać określonej głoski. Albo się wymawia głoskę [r], albo jakąś inną, np. [r₁], [r₂].

jest obiektywne? Które z określeń użytych do opisu audytywnych wrażeń jest bliższe prawdy: „brzmienie zbliżone do prawidłowego” czy „brzmienie głoski jest zgodne z brzmieniem dźwięku standardowego”?

Co sprawia, że dwa różne zespoły cech artykulacyjnych są audytywnie postrzegane jako tożsame? Czy audytywne poczucie tożsamości brzmienia oznacza rzeczywistą tożsamość brzmienia, czy jest przeoczeniem subtelnej różnicy brzmienia lub jej świadomą akceptacją?

Czy zatem np. głoska [sz^{przedniojęzykowo-dziąsłowa}] (podstawowa w klasie fonemowej /sz/) to taka sama głoska jak [sz^{dorsalne}], czy to dwie różne głoski?³⁹

XV. PATRZEĆ CZY SŁUCHAĆ?

„Materia zjawisk fonetycznych jest tak złożona, że prowadzi do różnych kontrowersji” [Rocławski 1983 s. 156]. Odnosi się to w szczególności do pozanormatywnych zjawisk fonetycznych. Świadomość tę wyraża wielu autorów. Poszukują obiektywnych narzędzi badania różnych aspektów głoski, rezygnują z badania innych, czasem w obawie przed subiektywizmem.

Przykładem może być „analiza fonetyczna wadliwych wymówień spirantów”, którą I. Styczek chciała „wypełnić lukę w piśmiennictwie logopedycznym” [Styczek 1973 s. 5]⁴⁰. Autorka wyjaśnia, że ogranicza się „do strony artykulacyjnej spirantów, zagadnienia percepcji [...] traktując marginesowo” (tamże 1973 s. 6), gdyż – jak pisze: „[...] nie potrafiłabym uniknąć subiektywizmu i błędów w tych opisach” (tamże s. 11).

Nie jest to jednak możliwe, czego liczne przykłady w tekście rozprawy: „Mimo wadliwego układu szczęk i języka brzmienie spirantów jest zniekształcone w niewielkim stopniu [podkr. moje – B. O.; też niżej]. Spółgłoski typu s są zupełnie prawidłowe pod względem

³⁹ Rozstrzygnięcia tej kwestii zależą od spojrzenia słuchacza (odbiorcy). Inaczej dwa konkretne dźwięki mowy oceni użytkownik języka, inaczej ich badacz: „Percepcyjne aspekty są oparte oczywiście na akustycznym sygnale, będącym wynikiem fizjologicznej aktywności, jakkolwiek nie wszystkie zmiany w fizjologicznej aktywności ani w akustycznym sygnale zostaną przez odbiorcę zauważone” [Grossman 1993 s. 119]. Dla użytkownika języka, „nawet jeżeli zostaną zauważone, to nie muszą być »nie do przyjęcia«” (tamże). Dla badacza, zwłaszcza dla badacza wadliwej wymowy, ważne są wszystkie zmiany, także trudne do zauważenia. Dorsalna realizacja fonemu /sz/ nawet przez autorów wyczulonych na wczesne wykrywanie patologii aparatu artykulacyjnego nie jest traktowana jako zaburzenie (w przeciwieństwie do artykulacji międzyzębowych czy bocznych) [zob. np. Stecko 1996 s. 31], na czym wydają się ciążyć lingwistyczne interpretacje.

⁴⁰ „W podręcznikach fonetycznych i logopedycznych wady artykulacyjne omawiane są bardzo ogólnie [...] Przyczyną tego stanu jest to, że niewielu fonetyków zajmowało się dotychczas patologią mowy, logopedów zaś bardziej interesują zagadnienia dydaktyczne niż mechanizm wadliwych artykulacji” [Styczek 1973 s. 5].

brzmienia; w szeregu typu *s* nieprawidłowe są zwłaszcza afrykaty; spółgłoski typu *ʃ* mają brzmienie nieco zniekształcone (bardziej ostre), przy czym afrykaty gorsze są od spirantów” (tamże s. 20); „[...] słuchowo *s* jest w granicach normy, co wydaje się dziwne przy braku dentalizacji”; „słuchowo to *ʃ* wydaje się być mniej miękkie niż normalne” (tamże s. 22); „[...] brzmienie spirantów jest dosyć dobre” (tamże s. 19).

Deklaracja marginesowego traktowania oceny słuchowej jest zaskakująca, zwłaszcza dlatego, że właśnie ocena słuchowa jest dla I. Styczek podstawowym kryterium poprawności głoski. Uznaje ona „za poprawne także te głoski, które odbiegają od normy artykulacyjnej, ale mają brzmienie poprawne” (tamże s. 10). Odrzuca natomiast wrażenia wzrokowe w ocenie głoski. Uważa bowiem, że „na przykład interdentalna pozycja języka, mimo prawidłowej barwy głoski, sugeruje wadliwość jej brzmienia”, „wrażenia wzrokowe nie mogą więc stanowić kryterium przy określaniu wadliwych wymówień spirantów”, gdyż jakość dźwięku, nawet „przy międzyzębowości może być w granicach normy” (tamże s. 10 n.; por. Kania 1967 s. 175). Eksperymentalna analiza fonetyczna wadliwych wymówień spirantów polegała na wzrokowej ocenie obrazów kontaktów języka uzyskanych technikami rentgenograficznymi, fotopalatograficznymi i lingwograficznymi. Autorka zastosowała te techniki, by poznać szczegółowo ułożenie języka w jamie ustnej, rezygnując jednocześnie z bezpośrednio dostępnego obrazu języka, np. w międzyzębowości.

XVI. PATRZEĆ I SŁUCHAĆ – FONETYCZNIE I FONEMOWO

Głoska to zjawisko wielowymiarowe: dźwięk – szczególnie wśród innych dźwięków, ruch – szczególnie wśród innych ruchów, złożona wartość akustyczna i audytywna, fonetyczna i fonemowa, fizyczna i psychiczna jednocześnie. W logopedii za podstawę oceny głoski uważa się brzmienie (budowę artykulacyjną w wyjątkowych przypadkach)⁴¹, choć, tak jak w fonetyce, do opisu głosek używa się przede wszystkim nazw z obszaru fonetyki artykulacyjnej, a nie – fonetyki audytywnej⁴². Świadomość, że czasem „bepośrednia

⁴¹ Wtedy, gdy nie naruszając zdecydowanie brzmienia, jest nieestetyczna, na przykład: „[...] za brzmienie prawidłowe przyjmuję w ocenie słuchowej takie, które nie powoduje zwracania uwagi na sposób wymawiania kosztem treści wypowiedzi. Jeśli więc «słyszemy» jakiś dźwięk, odczuwamy go jako dysonans lub patrząc na rozmówcę widzimy nieestetyczną artykulację, wtedy mówimy o wadzie wymowy, konkretnie deformacji” [Soltys-Chmielowicz 1998 s. 30].

⁴² Dźwięki mowy można opisać „według sposobu ich wytwarzania przez narządy mowy, w zależności od własności akustycznych fal dźwiękowych [...], według fizycznych efektów wywieranych na ucho ludzkie i zjawisk z tym związanych” [Lyons 1976 s. 120], „ciągle jednak dalecy jesteśmy od chociażby wstępnej klasyfikacji audytywnej głosek [...]” [Rocławski 1986 s. 82] „i można właściwie uznać, że fonetyka składa się z dwóch głównych dziedzin: fonetyki artykulacyjnej i akustycznej” [Lyons 1976 s. 120].

ocena słuchowa nie wystarczy do jednoznacznego określenia odchyień od wymowy normatywnej” [Łobacz 1996 s. 183], skłania do stosowania innych metod, np. akustycznych. O ile w bezpośredniej ocenie słuchowej występuje redukcja informacji (słuchanie jest przede wszystkim fonemowe, co łączy się z ignorowaniem wielu cech), o tyle analiza akustyczno-fonetyczna – wręcz przeciwnie – dostarcza nadmiaru informacji. P. Łobacz wskazuje na „istotne ograniczenia analizy spektrograficznej mowy, nie pozwalające na jej szerszą stosowalność” [Łobacz 2001 s. 194]: „Akustyczny sygnał mowy jest nośnikiem trzech rodzajów informacji: lingwistycznej [...], paralingwistycznej [...], ekstralingwistycznej [...] Żadnej z tych informacji nie można w sygnale mowy wyraźnie od siebie oddzielić, a mimo to bardzo często analizę akustyczną wypowiedzi traktuje się jako obiektywną ocenę sprawności artykulacyjnej [...] Czytanie spektrogramów wymaga znacznej wprawy, którą zdobywa się latami. Obfituje ono w wiele pomyłek. Zapisy spektrograficzne charakteryzują się zbyt niską dystynktywnością wskazówek akustycznych, występowaniem połączeń głoskowych szczególnie trudnych do rozsegmentowania, znaczną liczbą indywidualnych cech poszczególnych mówców oraz nadmiarem informacji z punktu widzenia rozpoznawania obrazów” (tamże s. 194).

Zanim wszechstronne badania prawidłowych i wadliwych dźwięków mowy pozwolą powiązać z sobą bezpośrednie słuchowe wrażenia (fonetyczne i fonemowe) z pośrednimi (analiza akustyczna) oraz bezpośrednie wzrokowe wrażenia z pośrednimi⁴³ obrazami pozycji i ruchów oddechowo-fonacyjno-artykulacyjnych, logopedzie pozostaje – świadome niedogodności – bezpośrednie p a t r z e n i e i b e z p o ś r e d n i e s ł u c h a n i e. Po stronie obserwowanych zjawisk utrudnienia wynikają z:

- nierozłączności artykulacyjnych ruchów i akustycznych skutków tych ruchów;
- krótkotrwałości obserwowanych zjawisk (brzmienia, ruchy trwają ułamki sekund);
- występowania obserwowanego zjawiska w kontekście poprzedzających je i następujących po nim brzmień/obrazów (rzeczywistym celem obserwacji jest bowiem głoska w mowie spontanicznej);

⁴³ Mam na myśli możliwości poznania pozycji i ruchów narządów wymowy przez pośrednie obrazowanie z wykorzystaniem promieni rentgenowskich (w latach czterdziestych XX w. H. Koneczna, W. Zawadowski, w latach pięćdziesiątych B. Wierzchowska, w latach sześćdziesiątych I. Styczek i po długiej przerwie – w latach dziewięćdziesiątych – M. Stecewicz i R. Wysocki [Koneczna, Zawadowski 1951; Wierzchowska 1971; Styczek 1973; Stecewicz, Wysocki 2000]), ultrasonografii [Wein, Böchler, Klajman, Obrębowski 1991], jądrowego rezonansu magnetycznego [Wein, Angerstein, Neuschaefer-Rube, Obrębowski, Klajman 1994], które ani przez medycynę, ani przez logopedię nie zostały jeszcze w pełni wykorzystane.

– ograniczonego pola obserwacji.

Po stronie obserwatora zaś z:

- konieczności jednoczesnego porównywania obserwowanego zjawiska (brzmienia, ruchu) z wyobrażeniem jego normatywnej postaci;
- subiektywizmu wrażeń wzrokowych i słuchowych;
- ograniczonego zasobu słów opisujących postrzegane cechy, a zwłaszcza stopień ich nasilenia;
- niemożliwości jednoczesnej oceny wszystkich aspektów głosek.

Za stosowaniem obu obserwacji – wzrokowej jako komplementarnej wobec słuchowej – w odniesieniu do wszystkich głosek przemawiają:

- nierozłączność czynności artykulacyjnej i brzmienia głoski (związek przyczynowo-skutkowy) [m.in. Essen 1967];
- funkcjonalna nierozłączność między wszystkimi głoskami w systemie fonetycznym każdej osoby (związek systemowej opozycyjności);
- funkcjonalna nierozłączność głoski z głoskami poprzedzającymi ją i następującymi po niej w mowie (związek linearnej opozycyjności).

Fonemowe różnicowanie form znaków (*signifiant*) systemu językowego wymaga artykulacyjnego różnicowania głosek w mówionych tekstach językowych. Zrealizowane foniczne sekwencje z jednej strony stanowią znaczącą całość, opozycyjną wobec innych fonicznych sekwencji językowych, z drugiej zaś – składają się z następujących kolejno po sobie w tempie od kilku do kilkunastu na sekundę – nieznaczących, złożonych ruchowo, całości – głosek. Każda głoska, reprezentująca w mówionym tekście językowym określony fonem, jest opozycyjna wobec innych głosek, reprezentujących inne fonemy (systemowa opozycyjność) i zarazem jest opozycyjna w stosunku do poprzedniej i następnej głoski w tekście (linearna opozycyjność), z którymi jednocześnie tworzy – na wyższym, funkcjonalnym poziomie – nierozłączną całość. Powstają w ten sposób linearne, koartykulacyjne powiązania pomiędzy głoskami w ciągu fonicznym. Użytkownik języka musi dysponować takim artykulacyjnie różnicowanym zasobem dźwięków mowy, który pozwoli mu linearnie realizować fonemowe różnice systemowe.

Każda osoba osiąga niezbędną różnorodność fonetyczną w jednym, konkretnym, określonym aparacie mowy. Obserwacja logopedyczna powinna obejmować nie tylko brzmienie, ale również budowę artykulacyjną wszystkich (nie tylko „źle” brzmiących) głosek. Pozwoli to dostrzec wszystkie, skuteczne i mniej lub bardziej nieskuteczne brzmieniowo, osobnicze sposoby głoskowego różnicowania systemu fonemów. Obserwacja artykulacyjnej budowy wszystkich głosek (także uznanych za brzmiące „w granicach normy”) może dać cenne informacje o przyczynie i nieprawidłowym mechanizmie tworzenia głosek zdecydowanie odmiennie brzmiących.

Właśnie dlatego patrzenie jest tak samo ważne, jak słuchanie (można powiedzieć „patrząc, lepiej słyszę”).

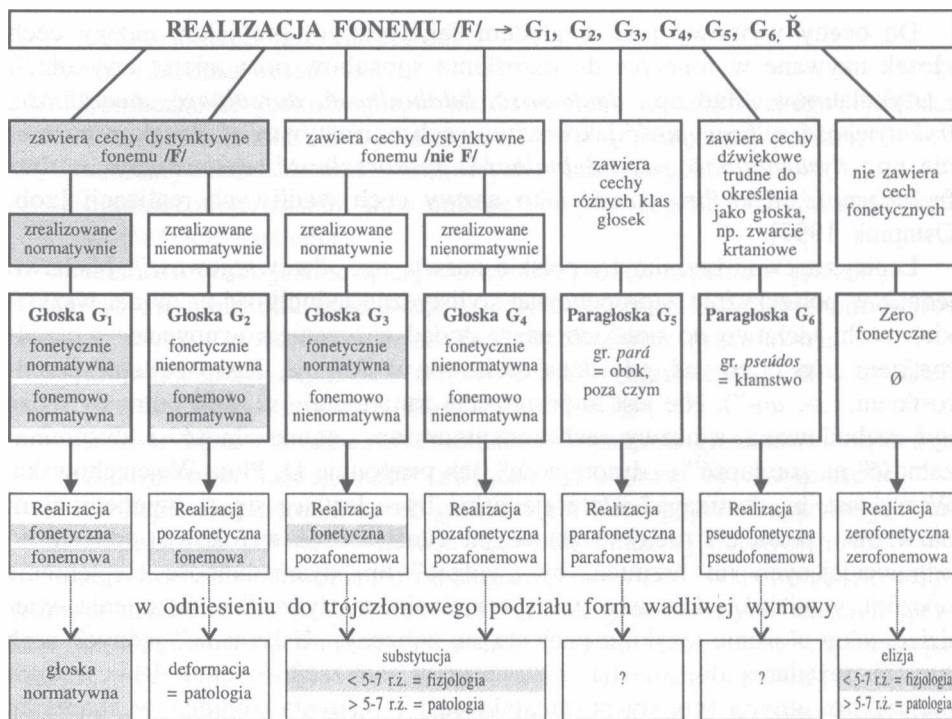
Do oceny wymowy pod względem fonetycznym przyjąłam nazwy cech głosek używane w fonetyce do określenia sposobów oraz miejsc artykulacji i artykulatorów. Stąd np.: *dentalność*, *bilabialność*, *dorsalność*, *medialność*, *frykatywność*, *wibracyjność* jako nazwy cech normatywnych głosek, a następnie np.: *dysdentalność*, *dysbilabialność*, *dysdorsalność*, *dysmedialność*, *dysfrykatywność*, *dyswibracyjność* jako nazwy cech wadliwych realizacji [zob. Ostapiuk 1997].

Lepiej zapewne brzmiałyby polskie nazwy, np. „dwuwargowość”. Niełatwo jednak w polszczyźnie zaproponować stylistyczną jednolitość nazw dla wszystkich cech, niełatwo do polskich nazw dodać znaczenie równoważne z przedrostkiem „dys” (ten zaś, gdy dana cecha nie występuje, łatwo zastąpić przedrostkiem: „a-, an-”). Nie jest to propozycja zamknięta – w razie potrzeby może być rozbudowana, a nazwy cech zmienione, np. „nonnazalność” i „dysnonnazalność” na „oralność” i „dysoralność”, jak proponuje D. Pluta-Wojciechowska. Ważne jest, by dostrzegać istotę zjawiska, by – kryjące się za wymienionymi nazwami – pozycje i ruchy artykulacyjne (dostrzeżone wzrokowo) odnosić do odpowiadających im brzmień, by „widząc” np. *dysmedialność* (seplenienie boczne), wiedzieć, jakie usłyszysz się brzmienie, a „słyszając” to brzmienie, wiedzieć, jakie ułożenie języka u pacjenta się zobaczy. „Usłyszenie” jednych cech (np. niepożądanego *dorsalności*, zwłaszcza w realizacji fonemu /l/) jest trudniejsze niż innych (np. *dyspostdentalności*) i wymaga treningu w słuchaniu („Granice słuchu fonetycznego nie są zamknięte” [Rocławski 1994 s. 22]), treningu w patrzeniu i szczegółowej wiedzy fonetycznej.

Ustalając, czy realizacja fonemu jest poprawna czy wadliwa, porównujemy (wzrokiem i słuchem) wyobrażenie (o budowie artykulacyjnej i o brzmieniu) normatywnej głoski z obserwowaną pod względem wszystkich cech. Niezgodność jakiegokolwiek cechy jest tożsama z pozanormatywną realizacją. Gdy w obserwowanej realizacji fonemu znajdujemy cechy dystynktywne, uznajemy ją za poprawną pod względem fonemowym; jeśli realizowane są w pożądanym sposobie – uznajemy ją za poprawną także pod względem fonetycznym; jeśli w odmienny – mówimy o **realizacji pozafonetycznej**. Gdy natomiast w obserwowanym dźwięku odnajdujemy cechy dystynktywne innej klasy głosek, można mówić o **realizacji pozafonemowej**. Dźwięki wkraczające w obszar kilku fonemów nazwałam **realizacjami parafonemowymi**, a wykraczające poza zasób fonemów danego języka – **realizacjami pseudo-fonemowymi** (zob. ryc. 7).

Wszystkie niepożądane cechy wymowy w mniejszym lub w większym stopniu ograniczają dostęp słuchacza do treści⁴⁴, naruszając ten szczególnie

⁴⁴ Zależy to ponadto od wielu innych zmiennych, np. od rangi fonemu, od liczby źle realizowanych fonemów, od liczby nie realizowanych cech dystynktywnych, od liczby fonemów w danym języku.



Ryc. 7. Realizacje fonemu według cech fonemowych i fonetycznych w odniesieniu do trójzłonowego podziału form wadliwej wymowy

związek *signifiant* i *signifié* znaku językowego, w którym «znaczące» (*signifiant*) jest przezroczystym⁴⁵ nośnikiem «znaczonego» (*signifié*) [de Saussure 1961]. Jak wiadomo, niepożądane cechy dystyngtywne albo kierują uwagę słuchacza ku innej wręcz treści (np. [lektor] – [rektor], [była] – [biła]), albo – poprzez różnego stopnia zniekształcenie fonemowej budowy (np. [jajka], [jajta] zamiast [lalka]; [efa], [afa] zamiast [ewa]) – utrudniają jej rozpoznanie. Niepożądane cechy, nawet jeśli nie są dystyngtywne w danym fonemowym systemie, „zamazują przezroczystość”, utrudniając identyfikację cech dystyngtywnych, splecionych w jedną głoskową całość z niedystyngtywnymi.

Na pytanie, czy wadliwa realizacja fonemu jest następstwem patologicznej czy fizjologicznej przeszkody, nie znajdziemy tu odpowiedzi. Poszuki-

⁴⁵ „Przezroczystość» dla znaczenia, tak charakterystyczna dla znaków słownych, występuje właśnie wtedy (prócz wypadków jakiegoś zakłócenia normalnego procesu porozumiewania się), gdy w ogóle przestajemy percypować materialny kształt znaku, a w świadomości zachowujemy jedynie stronę znaczeniową» [Schaff 1960 s. 290].

wanie znamion fizjologii czy patologii według fonemowych wartości niepożądanych cech (prowadzące także do podziału na deformacje, elizje, substytucje) uważam nawet za wiodące na manowce. Należałoby się na przykład spodziewać, że system „przeładowany fonemami”, który „wykorzystuje w funkcji opozycji dystynktywnych niezmiernie drobne i trudne do uchwycenia różnice”⁴⁶ [Milewski 1967 s. 212], jest bardziej narażony na substytucyjne realizacje (a zatem mniej narażony na patologię) i przeciwnie – system ubogi w fonemy (z małą liczbą cech dystynktywnych każdego z nich) – bardziej na występowanie deformacji (a zatem bardziej z patologią związany). Dlaczego jednak mielibyśmy uważać, że trudność w realizacji dystynktywnej cechy jest świadectwem fizjologicznej przeszkody (tak się interpretuje np. polskojęzyczną substytucję: przednie zwarcie zamiast tylnego w realizacji fonemu /k/ → [t] → /t/), a trudność w realizacji niedystynktywnej cechy zaś świadectwem patologicznej przeszkody (tak się interpretuje np. polskojęzyczną deformację: tylne drżenie zamiast przedniego w realizacji fonemu /r/ → [r_{języczkowe}] → /r/)? Oba przykłady świadczą o jakiejś przeszkodzie w realizacji fonemu w pożądanym miejscu, nie mówią jednak nic o naturze (fizjologicznej? patologicznej?) tej przeszkody. W języku, w którym miejsce drżenia jest cechą niedystynktywną (np. głoski [r_{języczkowe}] i [r_{przedniojęzyczkowo-dziąsłowe}] należą do jednej fonemowej klasy) – występowanie jednej głoski zamiast drugiej (co, ściśle rzecz biorąc, polega na obecności jednej cechy zamiast drugiej) uważa się za deformację. W języku, który wykorzystałby tę różnicę jako dystynktywną, zjawisko to trzeba by traktować jako substytucję. Tę samą przeszkodę mielibyśmy więc – w zależności od fonemowej wartości danej cechy – raz uważać za patologiczną, innym razem za fizjologiczną. Czym innym jest z kolei fakt, że określona przeszkoda (zarówno jednak fizjologiczna jak i patologiczna) jest bardziej niekorzystna z punktu widzenia jednego języka niż innego, np. każda przeszkoda w tworzeniu przedniojęzycznych głosek drżących jest większym utrudnieniem dla dziecka hiszpańskojęzycznego (dwa przedniojęzyczkowo-dziąsłowe fonemy drżące) [Nowikow 1996] niż polskojęzycznego, nie ma zaś znaczenia dla dziecka francuskojęzycznego.

Rozstrzygnięcie dylematu „fizjologia czy patologia?” zależy od odpowiedzi na inne pytania: dla czego pożądana cecha nie jest realizowana? dla czego łatwiejsza w realizacji jest inna – niepożądana? czy wynika to z aktualnej dziecięcej anatomii, np. kształtu podniebienia? (czy z jego nieprawidłowej

⁴⁶ W językach istnieje stała zależność pomiędzy liczbą fonemów a liczbą dystynktywnych cech każdego z nich, co związane jest ze średnią długością morfemów: „[...] ilość cech dystynktywnych morfemów jest we wszystkich językach mniej więcej taka sama, a tylko różnie jest ich rozłożenie między poszczególne fonemy, które tworzą morfem” [Milewski 1967 s. 212]. „Wielka ilość fonemów w systemie wiąże się zatem z wielkim bogactwem cech dystynktywnych każdego z nich” (tamże s. 211).

budowy, np. w związku z rozszczepem?), wysokiego położenia krtani? (czy z jej nieprawidłowej budowy?), płaskiego położenia języka w zbyt płaskiej jeszcze jamie ustnej? (czy z niemożności jego pionizowania ze względu na skrócenie wędzidelka języka?), czy związane jest z inną czynnością realizowaną w układzie oddechowo-fonacyjno-artykulacyjnym w nie-dorosły jeszcze sposób (np. sposobem jedzenia?) lub z nieprawidłowym torem oddechowym?

XVII. NIEODZOWNOŚĆ KRYTERIUM ETIOLOGICZNEGO

Odpowiedzi nie da się udzielić bez użycia kryterium etiologicznego. Jak pisał J. T. Kania [1967 s. 176], kryterium etiologiczne „łame sztywność kryterium wieku” i pozwala „mówić o zaburzeniach daleko wcześniej niż w 5 czy 7 roku życia”. Łame ono także – jak wynika choćby z analizy rodzajów wadliwych realizacji /r/ w ankyloglosji – sztywność językoznawczego kryterium substytucji, elizji i deformacji. J. T. Kania, choć uwzględniał taką sytuację, pisząc m.in.: „[...] dany typ wymowy, np. zamiana r na l jest patologiczna dlatego, iż stwierdzono krótkie wędzidelko języka [podkr. moje – B. O.]” (tamże), to kryterium etiologiczne uważał jednak za „właściwie nieprzydatne” poza wypadkami „wyróżnionych [podkr. moje – B. O.] zmian anatomicznych” (tamże). Stwierdzając zaś, że „w badaniach odkształceń wymowy możemy koncentrować uwagę albo na opisie ich symptomów, albo na etiologii [podkr. moje – B. O.]” [Kania 2001 s. 194], niekorzystnie oddalił od siebie te dwa nierozłączne spojrzenia⁴⁷. Sam preferował opis symptomów jako „oczywiście bliższy językoznawstwu” (tamże), o etiologii rzadko wspominając. Nie wiemy zatem, czym się kierował, mając na uwadze wyraźne zmiany anatomiczne w odróżnieniu od niewyraźnych.

XVIII. ETIOLOGICZNE KRYTERIUM W DYSLALII ANKYLOGLOSJI

Wątpliwości w ocenie zmian anatomicznych, z jakimi spotykamy się w logopedii (w literaturze, w badaniach, w praktyce), przedstawię na przykładzie skrócenia wędzidelka języka (zob. ryc. 12). Jest to anatomiczna zmiana

⁴⁷ Jako poważny sygnał wątpliwości wobec sposobu interpretacji odmienności w wymowie przez przyzmat substytucji, elizji, deformacji odczytuję słowa A. Soltys-Chmielowicz, zwolenniczki tego podziału: „[...] nie zawsze nawet najdokładniejszy opis substytutów i ich skutków dla zrozumiałości wypowiedzi jest wystarczający do tego, aby sensownie zaprogramować terapię. Logopeda musi przede wszystkim znaleźć i usunąć przyczynę wady [...] Jeśli uwzględni się przyczyny powstawania tych wad, to okaże się, że substytut substytutowi nierówny, ale także nierówna elizja elizji” [Soltys-Chmielowicz 2001 s. 260].

dostrzegana (zatem wyraźna) i – jednocześnie – nie dostrzegana (więc niewyraźna). Skrócenie wędzidelka języka wymienia się wśród przyczyn wad wymowy – obok równie rzadko diagnozowanych: makroglosji i mikroglosji – w każdej niemal publikacji [np. Jastrzębowska 1999 a s. 451, 454]. Jednocześnie zaś (ci sami autorzy) nie wspominają o skróconym wędzidelku języka, gdy omawiają terapię, np. sygmatyzmu, rotacyzmu⁴⁸, choć inne przyczyny (np. zespół trzeciego migdała) uwzględniają (wówczas, jak czytamy, „terapia logopedyczna musi być poprzedzona interwencją laryngologa” [Jastrzębowska, Pelc-Pękała 1999 s. 737, 742]).

I. Styczek w *Logopedii* – podręczniku przez długie lata kształtującym świadomość logopedów (także moją) – napisała: „[...] ankyloglosja rzadko jest przyczyną wady wymowy, aczkolwiek niekiedy może [...] utrudniać artykulację spółgłosek r, š, ž, č [podkr. moje – B. O.]” [Styczek 1979 s. 339; zob. też: Mackiewicz 1992 s. 146; Jańczuk 1981, s. 497; Jańczuk, Banach 1995 s. 136; Łodziński, Jankowska 1986 s. 672; *Otorynolaryngologia praktyczna* 1996 s. 112; *Chirurgia szczękowo-twarzowa* 1993].

W 1992 r. ukazały się dwie książki, w których wyrażony jest bardziej zdecydowany pogląd: „[...] wędzidelko języka nie ma żadnego wpływu na jego ruchomość [podkr. moje – B. O.]” [Zaleski 1992 b s. 69]. „Istnieje nieuzasadnione mniemanie, że ruchomość języka, a tym samym sprawność artykulacyjna, może być ograniczona zbyt krótkim wędzidelkiem języka” [Zaleski 1992 a s. 88].

Już w obliczu niejednoznaczności opinii I. Styczek (słowa: rzadko, aczkolwiek niekiedy może) logopeda odczuwa dyskomfort. Radykalizm oceny T. Zaleskiego pogłębia dezorientację: jak traktować skrócenie wędzidelka u konkretnego pacjenta? Szczególnie że w grę wchodzi dwie możliwości. Jedna wiąże się z przecinaniem wędzidelka⁴⁹, które jednak w ocenie I. Styczek [1979 s. 339] „jest na ogół [podkr. moje – B. O.] bezcelowe, gdyż nowo powstała blizna jeszcze bardziej je skraca”, a w ocenie T. Zaleskiego [1992 a s. 88] już jednoznacznie: „[...] zabieg jest bezcelowy [podkr. moje – B. O.] i nie ułatwia rozwoju mowy. Niesie natomiast za sobą niebezpieczeństwo zbliznowacenia i następcze ograniczenie ruchomości”. Z zaskoczeniem więc czytamy w następnym zdaniu: „[...] zabieg podcięcia zbyt krótkiego wędzidelka języka należy wykonać [podkr. moje – B. O.]

⁴⁸ Niekiedy odwrotnie, np. H. Rodak [1992 s. 26 n.] wymieniając przyczyny dyslalii, stwierdza: „[...] istotny ze względu na dobrą wymowę jest także stan podniebienia, ale nie ma większego znaczenia przyrośnięty język [podkr. moje – B. O.]”, interpretując zaś przyczyny rotacyzmu, uważa: „Jeśli język jest zbyt duży i gruby, ze zbyt krótkim wędzidelkiem podjęzykowym [...], to nie wykona on ruchów koniecznych do prawidłowej wymowy r” (tamże s. 66).

⁴⁹ W praktyce spotykałam pacjentów, którym wykonano w przeszłości lub aktualnie zalecano zabieg „podcięcia języka”, oraz – częściej – takich, których lekarze przestrzegali przed jego wykonaniem i wyjaśniali: „teraz się tego nie robi”, „to średniowieczne metody”.

tylko wówczas, gdy roczna seria ćwiczeń logopedycznych nie spowoduje poprawy artykulacji” (tamże).

E. Stecko [1991 s. 20] uważa, że „interwencja chirurgiczna konieczna jest tylko w przypadku całkowitego przyrośnięcia czubka języka”.

Druga możliwość dotyczy logopedycznych ćwiczeń wymowy, które „dają w tych wypadkach najczęściej [podkr. moje – B. O.] dobre wyniki” [Styczek 1979 s. 339], co łączy się z przekonaniem o łatwej rozciągliwości wędzidelka: „Jest to twór delikatny, łatwy do rozciągnięcia” [Zaleski 1992 b s. 69; zob. też: Stecko 1991 s. 20; Mackiewicz 1992 s. 146].

Najnowsze publikacje, powtarzając wcześniejsze opinie, utwierdzają w niepewności, np. w odniesieniu do alternatywy – przecinać czy ćwiczyć: „Zmiany w budowie aparatu artykulacyjnego prawie zawsze pociągają za sobą wadliwą wymowę. Mogą dotyczyć języka, który [...] ma skrócone wędzidelko. W tych przypadkach niezbędna jest często interwencja chirurgiczna, ale odpowiednio wcześnie podjęte ćwiczenia także mogą zapobiec powstawaniu znacznych deformacji głosek [podkr. moje – B. O.]” [Słodownik-Rycaj 2000 s. 57], lub w odniesieniu do rozciągania wędzidelka, o którym czytamy: „Wędzidelko językowe daje się łatwo [podkr. moje – B. O.] rozciągnąć” [Skorek 2001 s. 56] i za chwilę w tej samej publikacji: „Rozciąganie fałdu podjęzykowego nie jest sprawą ani łatwą [podkr. moje – B. O.], ani szybką” [Skorek 2001 s. 58].

Następny problem związany jest z pytaniem: jeśli przecinać, to w jakim wieku? I w tej kwestii nie ma zgody. Lekarze, którzy popierają chirurgiczne leczenie ankyloglosji w związku z karmieniem piersią, mówią: „[...] zabieg chirurgiczny [...] często wykonuje się już w pierwszych dniach życia dziecka. Czynność ssania zapobiega wtórnemu zrostowi” [Żurowski 1993 s. 146].

Jeśli wskazania wypływają z innych przesłanek, to w jednym „środowisku lekarskim i chirurgicznym przeważa obecnie pogląd, że nie należy podcinać wędzidelka we wczesnym okresie niemowlęcym. [...] W tych rzadkich przypadkach, kiedy język nie może wysunąć się przed wargi i zaburzenie mowy jest oczywiste, zazwyczaj nie przeprowadza się chirurgicznego zabiegu przed ukończeniem przez dziecko 3-6 miesięcy [podkr. moje – B. O.], a często następuje to dopiero w okresie rozwoju mowy, a więc po ukończeniu przez dziecko 2 lat” [Nicholson 1991 s. 82], w innym zaś: „[...] w żadnym przypadku nie należy podcinać wędzidelka przed ukończeniem przez dziecko 4 lat, a wtedy też tylko w takim przypadku, kiedy język nie może być wystarczająco daleko wyciągany lub podnoszony” [Wallace 1963 s. 377; zob. też: Warden 1991]; „[...] nie wcześniej jednak niż po pełnym wyrznięciu się siekaczy mlecznych” [Łazarkiewicz 1983 s. 67].

Problem krótkiego wędzidelka obecny jest też w prasowym poradnictwie, np. w popularnym piśmie „Claudia”, w wydaniu specjalnym pt. „Rodzice”

w rubryce „Poradnik od 1 do 2 roku” czytelniczka przytacza opinię lekarza, prosząc o jej weryfikację: „Lekarz stwierdził, że mój roczny synek ma zbyt krótkie wędzidelko i trzeba je przyciąć, bo inaczej będzie miał kłopoty z wymową. Czy to naprawdę konieczne?” i otrzymuje odmienną radę: „Jest jeszcze za wcześnie, by zdecydować się na zabieg. U większości maluchów wraz z dorastaniem i doskonaleniem się mówienia wędzidelko wydłuża się na tyle, że dziecko mówi poprawnie i wyraźnie. Jeśli synek w wieku przedszkolnym będzie miał kłopoty z mówieniem, trzeba poprosić o pomoc logopedę. Być może wystarczą specjalne ćwiczenia. Jeśli nie, decyzję o podcięciu wędzidelka powinien podjąć laryngolog” [„Claudia” 2002, 05 (38)].

Dialog ten wart jest przytoczenia, ponieważ ilustruje istnienie rozbieżności, a zatem i możliwość kompetencyjnych sporów w praktyce, na które logopeda – współdziałający w tej kwestii z lekarzem – powinien być przygotowany.

Historia skrócenia wędzidelka języka i jego leczenia jest długa: przecinało je co najmniej od trzech tysięcy lat. W wielu szczegółach jest także ciekawa, np. warto odnotować, że zabieg ten wykonywała położna już u noworodka... paznokciem⁵⁰ [Catlin, de Haan 1971], a „jeżeli trudności ze ssaniem nie ustępowały, zabieg powtarzany był po trzech dniach” [Mukai, Asaoka 1991 s. 3]. Współcześnie we wschodniej części świata (w Japonii, w Chinach) kontynuuje się tę tradycję i zabiegi na wędzidelku języka uważa za potrzebne (tamże), w zachodniej zaś przecinanie wędzidelka od połowy XX w. uważa nawet „za przesady starych bab” (tytuł artykułu w „British Medical Journal”: *An Old Wives' Tale* [Cullum 1959]).

W Polsce przecinanie wędzidelka uważane jest za „błąd sztuki lekarskiej” [Mitrinowicz-Modrzejewska 1968 s. 243], zabieg nieskuteczny (a nawet pogarszający skrócenie przez pochirurgiczne zrosty [Zaleski 1992 a s. 88]) bądź niepotrzebny ze względu na łatwą rozciągliwość wędzidelka w masażu i/lub w ćwiczeniach [Mitrinowicz-Modrzejewska 1963 s. 234; Stecko 1991 s. 20; Mackiewicz 1992 s. 146; Zaleski 1992 a s. 88], choć ani wymowa osób z ankyloglosją⁵¹, ani zależności pomiędzy ankyloglosją a ruchomością języka i wadą wymowy, ani wpływ frenotomii języka na ruchomość języka i usprawnianie wymowy, ani rozciągliwość wędzidelka nie były przedmiotem

⁵⁰ We własnej dokumentacji mam relację o przecięciu wędzidelka języka paznokciem w 1947 r. w Polsce.

⁵¹ Do wyjątków należy badanie przyczepu wędzidelka języka – obok innych parametrów – u 179 dzieci w wieku przedszkolnym w publikacji *Dysfunkcje języka w ukształtowaniu łuków zębowych*. Autorki stwierdziły „wysoki przyczep wędzidelka języka ograniczający ruchy tego narządu” [Chojnacka (i in.) 1984 s. 624] u 16% badanych, a wadliwą wymowę u 12% (czy są to badani z wysokim przyczepem wędzidelka?). Nie podają jednak kryteriów oceny wymowy i wędzidelka języka, nie wymieniają też cech wadliwej wymowy badanych ani zasobu wadliwie realizowanych fonemów.

badania. Opinie na temat ankyloglosji wyrażane są przez pediatrów, stomatologów, ortodontów, foniatorów, logopedów, najczęściej w jednym, w dwu, niekiedy w kilkunastu zdaniach, wyjątkowo w krótkich omówieniach [Żurowski 1993]. Czasem wymienia się głoski narażone na wadliwą artykulację, ale nie ma zgodności co do ich zasobu. Jedni autorzy wskazują na [r] [Mitrinowicz-Modrzejewska 1968 s. 234; Jastrzębowska 1999 a] (niektórzy podkreślają: „wyłącznie [...] [r]” [Pruszewicz 1992 b s. 244; *Metodyka terapii logopedycznej*. Cz. 1. 1987 s. 51], niektórzy: „szczególnie „r” [Żurowski 1993 s. 146]), inni – na [sz, ż, cz, dż, r] [Styczek 1979; Jastrzębowska 1999 a], jeszcze inni – na [s] [Zaleski 1992 b; Jastrzębowska 1999 a].

W literaturze obcojęzycznej z jednej strony wyrażany jest pogląd, że wędzidełko języka nie ma wpływu na ruchomość języka i na różne czynności⁵², z drugiej – lekarze wielu specjalności wiążą jego skrócenie z ograniczoną ruchomością języka [Fletcher, Meldrum 1968] i czynnościami wykonywanymi z udziałem języka⁵³. Związki pomiędzy ankyloglosją a wymową – czytamy – „są ciągle kontrowersyjne” [Godley 1994 s. 381], „są jedynie przypuszczeniem”, gdyż „pomiaru budowy i działania języka nie są precyzyjne” [Fletcher, Meldrum 1968], a „istnienie związku pomiędzy przyrośnięciem języka a wadami wymowy wykazano zaledwie w niewielkiej liczbie prac [...], nie podano w fachowej literaturze obiektywnych i porównywalnych

⁵² Na przykład: „Krótsze wędzidełko nie utrudnia karmienia niemowląt piersią” [McEnery, Perlowski Gaines 1941 s. 252; zob. też: Warden 1991]; „[...] rzadko jest powodem trudności protetycznych” [Moore 1985 – za: Warden 1991 s. 252].

⁵³ Ich zdaniem krótkie wędzidełko języka utrudnia ssanie („[...] ograniczenie ruchomości języka z powodu bardzo krótkiego wędzidelka może prowadzić do urazu sutków lub/i do zmniejszenia efektywności «opróżniania» przez dziecko zatok mlekonośnych” [Nicholson 1991 s. 82; zob. też: Cullum 1959; Spitzer 1960; Mukai (i in.) 1991; Żurowski 1993]), żucie i/lub polykanie [Tuerk (i in.) 1959; Strader, House 1966; Goldberger 1973; Jańczuk, Banach 1995; *Otorynolaryngologia praktyczna* 1996], co staje się przyczyną bólów w stawach skroniowo-żuchwowych i jest źródłem gorszego psychicznego samopoczucia [Spitzer 1960]. Dostrzega się także negatywne skutki dysfunkcji języka związanej z krótkim wędzidelkiem w kształtowaniu łuków zębowych [Tuerk, Lubit 1959; Catlin, Haan 1971; Goldberger 1973; Chojnacka (i in.) 1984; Żurowski 1993; Jańczuk, Banach 1995; Strader, House 1996] i podniebienia [Żysko (i in.) 1991], w utrzymaniu higieny zębów i periodontopatii („Na 24 zbadane przypadki przyrośnięcia języka Ketty znalazł sześć przypadków, w których wystąpiły kieszonki dziąsłowe oraz zachyłki dziąsłowe w pobliżu siekaczy szczęki górnej” [Ketty, Sciuлло 1974 s. 43]) [zob. też: Żurowski 1993; Jańczuk, Banach 1995; *Chirurgia wieku dziecięcego* 1990], w protezowaniu [Strader, House 1996; Miller 1971; Żurowski 1993; zob. też: Moore 1985 – za: Warden 1991], a czasem wskazuje nawet „emocjonalne i seksualne aspekty stanu przyrośnięcia języka” [Ketty, Sciuлло 1974 s. 43; zob. też: Williams, Waldron 1985; Warden 1991]. Badacze japońscy ponadto stwierdzają związek pomiędzy ankyloglosją a objawami zaburzeń oddychania – zblizonymi do tych, które występują u dzieci zmarłych w przebiegu zespołu nagłej śmierci niemowląt (SIDS). Uważają, że jest to związane z towarzyszącym przyrośnięciu języka nieprawidłowym położeniem krtani i odchyleniem nagłośni [Mukai (i in.) 1991; 1993].

danych na temat funkcji języka przed zabiegiem nacięcia wędzidelka i po tym zabiegu” [Williams, Waldron 1985 s. 353].

Pomimo braku badań niektórzy uważają, że skrócone wędzidelko języka jest przyczyną wadliwej wymowy, i powołują się na pojedyncze przypadki poprawy wymowy po chirurgicznym leczeniu [Goldberger 1973; Ketty, Sciullo 1974], także u dorosłych [Oldfield 1959]. Inni zaś twierdzą stanowczo: „Zbyt krótkie wiązadelko języka, bardzo często przez laików uważane za powód wad wymowy, a nawet jąkania się, nie ma absolutnie nic wspólnego [podkr. moje – B. O.] z wadami wymowy” [Luchsinger, Arnold 1959 – za: Essen 1967 s. 168] lub ostrożniej: „[...] stan przyrośnięcia języka rzadko bywa na tyle poważny, aby prowadził do zaburzeń mowy” [Williams, Waldron 1985 s. 356] bądź z zastrzeżeniem: „Ankyloglossia [...] nie ma znaczącego wpływu na rozwój mowy. Ograniczona, wskutek skróconego wędzidelka, ruchliwość języka powoduje tylko zakłócenia artykulacyjne dźwięków, które są tworzone z udziałem końca języka, i to tylko w wyjątkowych przypadkach” [Seeman 1965 s. 36]. Niektórzy przeciwnicy – podobnie jak zwolennicy – powołują się na pojedyncze przypadki tym razem poprawnej wymowy u osób ze skróconym wędzidelkiem języka bądź też braku zmian w wymowie po wykonanym zabiegu [Mathewson 1966].

Skrajna odmienność przywołanych poglądów częściowo znajduje wyjaśnienie w odmienności spojrzenia na jakość wymowy. Dźwięki mowy inaczej oceniane są przez logopedów, inaczej przez językoznawców, jeszcze inaczej przez lekarzy różnych specjalności. Ocena jakości wymowy według kryterium zrozumiałości różni się od oceny według kryterium fonetycznych norm. Osoby naruszające fonetyczną normę mogą być w pełni rozumiane i oceniane jako osoby bez wady wymowy. Przykładem niech będzie wypowiedź dyrektora ds. medycznych Narodowego Szpitala Zaburzeń Mowy w Nowym Jorku: „Pomimo tradycyjnie przypisywanego językowi znaczenia w procesie generowania mowy można spotkać przypadki, kiedy nawet całkowite usunięcie języka nie wpływa znacząco na mowę” [Greene 1945 s. 608].

Autor powołuje się na przypadek 77-letniego mężczyzny po operacji wycięcia języka z powodu nowotworu, którego „artykulacja była zadziwiająco poprawna, a mowa wyraźna” (tamże s. 605), i we wnioskach stwierdza: „Wbrew powszechnie przyjętej opinii wady języka na ogół nie wywierają większego wpływu na mowę” (tamże s. 608).

Podobne utożsamienie pojęć „poprawność” i „zrozumiałość” odnajdujemy w publikacjach z lat osiemdziesiątych, np.: „Wprawdzie większość stomatologów nie potrafi przeprowadzić analizy fonetycznej, ale nie trzeba być logopedą, by ocenić poprawność artykulacji” [Williams, Waldron 1985 s. 335] czy dziewięćdziesiątych, np.: „Przyrośnięcie języka może wpływać na wypowiedzianie głosek F, V oraz T, D, N, L, SH, S, ZH, R, Z. Większość tych głosek da się wypowiedzieć po terapii mowy bez podnoszenia czubka języka.

Jeżeli dziecko jest w stanie wystarczająco [podkr. moje – B. O.] dobrze wypowiedzieć te głoski, to wady wymowy nie mogą stanowić podstawy decyzji o przeprowadzeniu nacięcia wędzidelka” [Warden 1991 s. 252].

Także Ch. van Riper, cytowany w polskich publikacjach, w książce *Speech Correction: Principles and Methods* uważa, że przecenia się wpływ anomalii organicznych (także przyrośnięcia języka lub skrócenia jego wędzidelka) na procesy artykulacyjne, argumentując: „A przecież jest wiele osób z defektami anatomicznymi, które mówią prawidłowo” [van Riper 1972 s. 178].

Z dalszej części wypowiedzi wynika, że słowo „prawidłowo” oznacza „zrozumiałe”: „Doskonałą głoskę *l* można uzyskać z czubkiem języka skierowanym do dołu, a nawet wysuniętym z ust. Znane są przypadki osób dorosłych całkowicie bezzębnych, które potrafiły wytwarzać prawidłowo wszystkie głoski. W naszym archiwum mamy taśmy z nagraniami mężczyzn i kobiet bez języków lub tylko z połową języka, które mówiły w sposób zrozumiały” (tamże).

Opinie o częstotliwości występowania ankyloglosji są także – zapewne ze względu na fakt, że „w literaturze nie przedstawiono znormalizowanych, obiektywnych metod diagnozowania przyrośnięcia języka” [Catlin, de Haan 1971 s. 552] – zdecydowanie rozbieżne. Z tego powodu – czytamy – „nie można znaleźć wiarygodnych prac na temat częstotliwości występowania tego stanu” [Williams, Waldron 1985 s. 356]. Stąd z jednej strony występowanie ankyloglosji ocenia się jako zjawisko powszechne i częste (niekiedy uważane za częste tylko u noworodków: „[...] noworodki nie mają jeszcze w pełni wykształconego czubka języka, więc wędzidelko jest wyraźnie przymocowane do przedniej części języka. W miarę rozwoju język staje się coraz cieńszy i dłuższy” [Tuerk, Lubit 1959 s. 272]) lub dość częste [Oldfield 1955; 1959; *Poradnik chirurgii dziecięcej* 1990], z drugiej zaś – przeciwnie – rzadkie [McEnery, Perlowski Gaines 1941; Greene 1945], występujące „niekiedy u dzieci, nawet rodzinie” [Jańczuk, Banach 1995 s. 136]. Rozpiętość liczb u różnych autorów jest bardzo duża – od 0,04%, 0,4%, 2,2% do 6,83% [za: Ketty 1974 s. 43; zob. też zestawienie opublikowanych opinii o częstotliwości przyrośnięcia języka w: Catlin, de Haan 1971], a nawet do 16% [Chojnacka (i in.) 1984] populacji⁵⁴.

⁵⁴ Także w przeszłości dyskutowano na temat częstotliwości występowania zjawiska przyrośnięcia języka. F. I. Catlin i V. de Haan [1971 s. 549] konfrontują opinie lekarzy XVIII w.: „Nils Rosen von Rosenstein, Główny Lekarz Króla Szwecji w swojej klasycznej pracy na temat chorób dziecięcych i sposobów leczenia (1776 r.) pisał, że nigdy nie widział dziecka z przyrośniętym językiem [...], William Moss wyraził zaś przeciwną opinię w *Eseju na temat wychowania i pielęgnacji dzieci oraz chorób dziecięcych* z 1794 r. Napisał on, że jedno na troje lub czworo dzieci ma przyrośnięty język”.

Wyniki własnych badań nie dostarczają danych o częstości występowania skrócenia wędzidełka języka. Obserwacje prowadzone od 1995 r. (wśród dzieci w wieku przedszkolnym, studentów pedagogiki i rodziców dzieci objętych chirurgiczno-logopedyczną opieką) pozwalają oszacować, że skrócenie wędzidełka języka dotyczy co najmniej 30% populacji. W. Próchnicka w niedawno opublikowanych wynikach badań 120 dzieci z wadą wymowy w wieku 5-7 lat podaje, że skrócenie wędzidełka stwierdziła u 39% badanych [Próchnicka 2002].

Podejmując pod kierunkiem prof. Bronisława Ročławskiego badania jakości wymowy u osób z ankyloglosją, sądziłam, że jeśli negatywny stosunek do chirurgicznego zabiegu na wędzidełku języka wyrasta z racjonalnych przesłanek, to należy je poznać. Jeśli zaś jest przeciwnie, badania pozwolą korzystać w usprawnianiu wymowy z metody, którą – być może pochopnie – odrzucono.

Wyniki własnych badań u osób ze skróceniem wędzidełka języka pozostają w sprzeczności z powszechnie dziś głoszonymi poglądami i praktyką. Pozwalają stwierdzić, że:

- 1) nie tylko znaczne, ale także średnie, a nawet nieznaczne skrócenie wędzidełka języka jest przyczyną wady wymowy;
- 2) nie występują pochirurgiczne zrosty skracające wędzidełko;
- 3) przecinanie wędzidełka jest skuteczną metodą leczenia ankyloglosji; często jednak jest to leczenie kilkuetapowe;
- 4) logopedyczne usprawnianie wymowy u osób ze skróceniem wędzidełka języka bez chirurgicznego leczenia jest nieskuteczne, a skuteczność logopedycznej terapii w dyslalii ankyloglosyjnej zależy od chirurgicznego leczenia ankyloglosji.

W związku z nieskutecznością logopedycznej terapii dyslalii ankyloglosyjnej bez chirurgicznego leczenia ważna jest umiejętność rozpoznawania skrócenia wędzidełka języka. Znaczne skrócenie wędzidełka łatwo zauważyć, natomiast średnie, a zwłaszcza nieznaczne skrócenie łatwo przeoczyć i wędzidełko uznać za prawidłowe. Do oceny jakości wędzidełka we własnych badaniach zastosowałam (i w praktyce stosuję) pięć ruchów języka (ryc. 12). W analizie obrazu języka (zakres ruchu, kształt języka) kieruję się pytaniem: „jak ruch jest wykonywany?”, a nie: „czy ruch jest wykonywany?”. Pierwsze obrazy skrócenia wędzidełka przedstawiłam w „Audiofonologii” [Ostapiuk 1997], następnie zaprezentowałam i niektóre wskaźniki omówiłam w 1998 r. na Konferencji w Warszawie [Ostapiuk 1998], o pozostałych piszę w nieopublikowanej rozprawie [Ostapiuk 2000; zob. też: Ostapiuk 2002 a; 2002 b]. Jednym z wielu wskaźników jest charakterystyczny kształt czubka języka, opisywany w logopedycznej literaturze jako obecny przy wysuwaniu języka na brodę: „[...] przy wysuniętym języku na brodę jego czubek układa się w kształcie serduszka” [np. Stecko 1991 s. 20].

E. Skorek, która w książkach *Oblicza wad wymowy* [2001] i *Z logopedią na ty. Podręczny słownik logopedyczny* [2000] wędzidelku języka poświęciła większą niż ktokolwiek dotąd uwagę, z przekonaniem popularyzuje powyższy sposób oceny wędzidelka języka, utwierdzając logopedów w błędnym przekonaniu, że wędzidelko można ocenić bez oglądania wędzidelka: „O tym, że wędzidelko języka jest zbyt krótkie, można upewnić się w prosty sposób [podkr. moje – B. O.] – czubek języka przy próbie wyciągnięcia na zewnątrz jamy ustnej ma kształt sercowaty (zamiast owalu)” [Skorek 2001 s. 56]. Autorka ustala nawet korelację: „Im większe wcięcie znajduje się pośrodku czubka języka, tym bardziej skrócone jest wędzidelko” (tamże).

„Serduszko” jest niewątpliwym objawem skrócenia wędzidelka języka. Ten „prosty sposób” nie jest natomiast przydatny do wykluczenia omawianej wady, ponieważ objaw „serduszka” nie zawsze występuje w skróceniu wędzidelka języka, szczególnie może być nieobecny przy wysuwaniu języka na brodę. Z własnych badań wynika, że korelacja pomiędzy jakością pięciu badanych ruchów języka jest wysoka (współczynnik korelacji Spearmana dla wszystkich porównywanych wartości wynosi od 0,63 pomiędzy pionowym ruchem języka na szpatułce „J II” a ruchem wysuwania języka na brodę „J V” do 0,76 pomiędzy dwoma pionowymi ruchami „J I” i „J II”; $p < 0,00001$), ale nie osiąga wartości 1. Tak więc zdarza się, że obraz języka w jednym ruchu nie wskazuje na skrócenie wędzidelka, w innym ruchu zaś wskazuje, w jednym ruchu obserwujemy znaczne ograniczenie ruchomości języka, w innym tylko nieznaczne (por. ryc. 18 a, b). Ponadto objaw „serduszka” wyrażony jest czasem dyskretnie, niekiedy nawet tak dyskretnie, że – właśnie przy wysuwaniu języka na brodę – w bezpośredniej obserwacji jest niewidoczny, na fotografii natomiast widać, jak brzegowa linia języka układa się w nieznaczne „serduszko” (zob. ryc. 12 b „J V”).

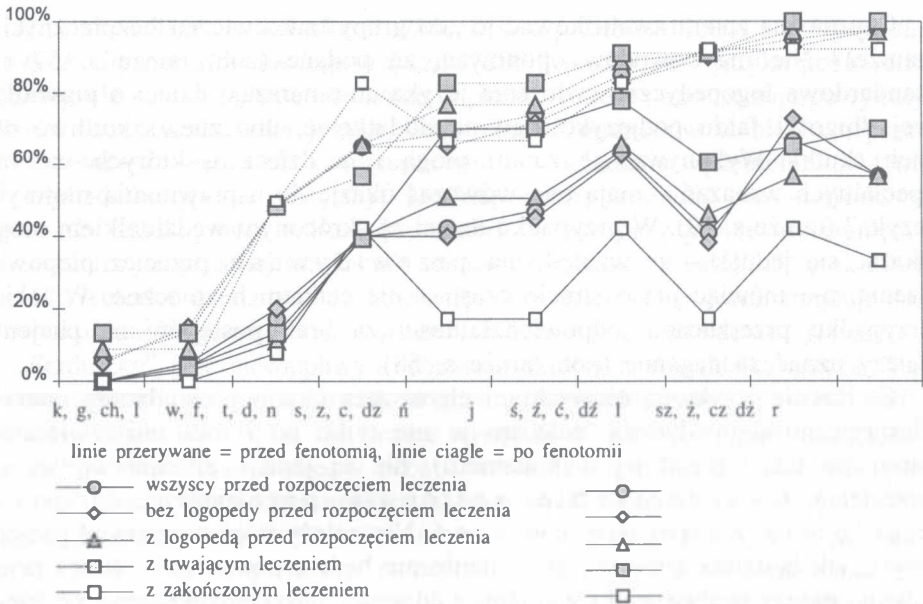
E. Skorek [2001 s. 57] poświęca uwagę także ćwiczeniom języka rozciągającym wędzidelko, podaje zestaw ćwiczeń, zapewniając o ich skuteczności: „Początkowo ruchy języka są znacznie ograniczone, zwłaszcza, gdy ćwiczenie dotyczy unoszenia czubka języka do góry. Stopniowo, systematyczne ćwiczenia (nie tylko w gabinecie logopedycznym, ale również – a może nawet przede wszystkim w domu!) sprawiają jednak, że język jest zdolny do penetracji coraz bardziej odległych miejsc, a widoczne efekty podnoszą motywację do dalszych ćwiczeń”. Ustala też zależności, choć nie przytacza badań, które są ich podstawą: „Rozciąganie fałdu podjęzykowego [...] wymaga częstych, systematycznych, nierzadko długotrwałych ćwiczeń, a o efektach decyduje nie tylko ich częstotliwość i intensywność, ale również stopień skrócenia wędzidelka oraz cechy indywidualne osoby ćwiczącej” (tamże s. 58). Jednak okazuje się, że choć „niektórym dzieciom na osiągnięcie celu wystarczy miesiąc, innym pół roku, a jeszcze innym potrzeba roku” (tamże), to „są również i takie, dla których cel ten jest nieosiągalny – nawet intensywne i długotrwałe ćwiczenia nie są skuteczne” (tamże s. 59).

Czy można zatem kwalifikować je „do grupy tzw. ćwiczeń bezpiecznych” (tamże)? Nie ma powodów oponować, że podane (zob. tamże s. 57 n.) standardowe logopedyczne ćwiczenia języka „nie narażają dzieci o prawidłowej długości fałdu podjęzykowego na dodatkowe, uboczne, szkodliwe dla nich skutki. Wykonywać je zatem mogą i te dzieci, u których nie ma specjalnych wskazań – mają one wówczas okazję do usprawniania motoryki języka” (tamże s. 59). W przypadku dzieci ze skróconym wędzidełkiem mogą okazać się jednak – ze względu na przewidywane przecież niepowodzenia, nie mówiąc już o stracie czasu – nie całkiem bezpieczne. W takim przypadku przerzucanie odpowiedzialności za brak postępów na pacjenta należy uznać za naganne (por. tamże s. 58).

Ćwiczenia języka są niezbędnym elementem terapii prowadzonej metodą chirurgiczno-logopedyczną (zalecam je nie tylko po frenotomii, zwłaszcza rano, ale także przed jej wykonaniem), nie są jednak alternatywą wobec przecięcia. Ćwiczenia nie zastępują przecięcia, a przecięcie nie zastępuje ćwiczeń. Nie należy więc sugerować pacjentowi: „jak będziesz ćwiczyć, przecinanie nie będzie potrzebne”. Wręcz przeciwnie, należy te dwa wątki wyraźnie oddzielić: „jak będziesz ćwiczyć, efekt przecięcia będzie lepszy, nie znaczy to jednak, że przecięcie (pierwsze i następne) nie będzie wskazane”. Jeśli pacjent zdecydował się na zabieg, ale z jakichś powodów nie może on być aktualnie wykonany, zalecam ćwiczenia, przestrzegam jednak rodziców przed stawianiem dziecku (a właściwie jego językowi) wymagań przekraczających fizyczne możliwości⁵⁵. Przykładem niech będzie fotografia języka (ryc. 12 d „J I”), który, jak widać, wyćwiczony jest do granic możliwości, a wędzidełko języka jest tak samo krótkie, jak było przed ćwiczeniami. Wskazania do frenotomii występują (lub nie) niezależnie od solidności w ćwiczeniach, o czym należy pacjenta uprzedzić. Pacjent nie może czuć się winny za brak efektów (w rozciąganiu tego, co nie rozciąga się). Jeśli ćwiczył solidnie, systematycznie, bo zapewniliśmy go, że o efektach decydują ćwiczenia – może być rozżalony i rozczarowany.

Problem braku postępów w logopedycznej terapii, przyczyn, a zwłaszcza odpowiedzialności za brak postępów najłatwiej rozwiązuje się formułą: „ćwiczysz za mało”. O ile mi wiadomo, nikt nie badał, w jakim stopniu skuteczność, np. w terapii rotacyzmu, zależy właśnie od tego czynnika (a jeśli tak, to jaka „porcja” ćwiczeń jest optymalna), a w jakim np. od zastosowanej metody. Intuicja podpowiada logopedom: „lepiej ćwiczyć częściej i krócej”

⁵⁵ Znam relacje, które wymownie obrazują skuteczność w rozciąganiu wędzidelka języka, np. Pani Danuta Wojciechowska-Pluta opowiedziała mi o pacjencie, który nie zdecydowawszy się na proponowane przecięcie wędzidelka, podjął ćwiczenia języka. Oglądając następnym razem jego wędzidelko, stwierdziła: „widzę, że jednak jest przecięte”. Odpowiedź brzmiała: „nie, rozerwało się przy ćwiczeniu”. Znam takie przypadki także wśród logopedów – ćwicząc własne wędzidelko z podobną determinacją, nadrywali je.



Ryc. 8. Częstość wadliwych realizacji fonemów u 95 osób leczonych metodą chirurgiczno-logopedyczną (w poszczególnych grupach)

niż odwrotnie, intuicja nie zastąpi jednak wiedzy, którą przynoszą badania. Na przykład z własnych badań wynika, że u osób z ankyloglosją przed i po (zakończonym lub u części badanych jeszcze trwającym) chirurgicznym leczeniem częstość wadliwych realizacji poszczególnych fonemów w grupie, która korzystała z logopedycznej pomocy przed frenotomią (na wykresie: grupa „z logopedią przed leczeniem”), i w grupie, która z niej nie korzystała przed frenotomią (na wykresie: grupa „bez logopedii przed leczeniem”), jest niemal taka sama (a więc niezależna od ćwiczeń języka, które są elementem logopedycznej terapii). Po zastosowaniu chirurgicznego leczenia (u jednych rozpoczętego, u innych zakończonego) i logopedycznej terapii częstość wadliwych realizacji zmalała we wszystkich grupach, najbardziej jednak u osób z zakończonym chirurgicznym leczeniem⁵⁶ (zob. ryc. 8; szerzej: Ostapiuk 2000; 2002 a; 2002 b).

Różnica w skuteczności logopedycznej terapii na korzyść osób z zakończonym chirurgicznym leczeniem nie jest zaskakująca, gdy porównamy na przykład obrazy języka w realizacji fonemu /l/ u tej samej osoby przed (zob. ryc. 13 a, b, c) i po frenotomii (zob. ryc. 13 d). Oczywiście, skrócone wędzidełko bardziej utrudnia realizację fonemu /r/ niż /l/. Jak bowiem – nie

⁵⁶ U niektórych osób (przy prawidłowych już warunkach anatomicznych) nie uzyskano jeszcze poprawnych realizacji (fonemy dentalizowane okazały się najtrudniejsze).

wznosząc swobodnie (lub w ogóle) przedniej części języka za zęby (jak przy [l]) – wykonać jeszcze w tym miejscu zwarcie na przemian z otwarciem (co jest niezbędne do utworzenia głoski [r])? Stosowanie jakiejkolwiek metody skazane jest na niepowodzenie, oczywiście, jeśli celem jest uzyskanie drgań apikalnej części pośrodkowo, za górne zęby, wzniesionego języka. Jest natomiast możliwe, że uda się (spontanicznie lub w terapii) uzyskać głoskę bardziej lub mniej do [r] zbliżoną, nawet podobnie brzmiącą, np.: z językiem wzniesionym, ale przesuniętym w okolice drugiego, trzeciego, czasem jeszcze dalszego zęba w górnym łuku, albo z językiem nieco obniżonym, albo z zuchwą przysuniętą do szczęki⁵⁷, albo tworzoną grzbietową powierzchnią języka. Wszystkie te (i inne) niepożądane pozycje i ruchy są (skutecznym tylko fonemowo) sposobem na „wydłużenie” wędzidelka poprzez skrócenie odległości. Inne zastępcze drgania – też tylko fonemowo skuteczne, ale odleglejsze brzmieniowo – można utworzyć w tylnej części jamy ustnej, co także zadowoli (fonemowo nastawionego) słuchacza. Zanim przeszkoda zostanie (przynajmniej częściowo) przez dziecko pokonana, powstają głoski z cechami dystynktywnymi innej fonemowej klasy, np. /l, i, ch, ł/ (czyli substytucje).

XIX. POSZUKIWANIE PRZYCZYNY WADY WYMOWY. ALGORYTM POSTĘPOWANIA

Nie wszystkie związki między jakością wymowy a czynnikami za nią odpowiedzialnymi są wystarczająco dobrze poznane. Z całą pewnością można powiedzieć, że prawidłowa wymowa jednoznacznie świadczy o prawidłowym działaniu w s z y s t k i c h czynników warunkujących jej rozwój.

W tab. 1 przedstawiam czynniki, które w literaturze przedmiotu uważa się za ważne w rozwoju wymowy. Część z nich odnosi się do otoczenia dziecka – albo do postępowania wobec dziecka w kwestiach ważnych dla rozwoju mowy (co może być korygowane), albo języka, jakim się otoczenie posługuje (co jest ważne w interpretacji odmienności w wymowie dziecka) – i tworzy zewnętrzne uwarunkowania rozwoju mowy [np. Styczek 1979].

Drugą grupę czynników, które mogą decydować o braku pożądanej (występowaniu niepożądanej) cechy w wymowie, zalicza się do wewnętrznych. Wśród nich jedne związane są z odbiorem wymowy (zdolność do: słyszenia, różnicowania, identyfikowania, zapamiętywania głosek otoczenia i własnych

⁵⁷ Za przyczynę niewyraźnej wymowy uważa się niekiedy zbyt małe otwieranie ust, określane jako „mówienie z zaciśniętymi zębami”. Jeśli sprawcą jest skrócenie wędzidelka języka, wówczas rady: „otwieraj usta, gdy mówisz, bo nie rozumiem”, mające na celu poprawę wymowy, należy uznać za chybione.

Tab. 1. Czynniki warunkujące jakość wymowy

OD CZEGO ZALEŻY JAKOŚĆ WYMOWY?		CO BADAĆ?	CO STWIERDZONO?	
Czynniki zewnętrzne	od jakości wymowy otoczenia	wymowę otoczenia	otoczenie:	
			mówi	nie mówi
			język ogólnopolski	język regionalny
			poprawnie	niepoprawnie
			jednojęzyczne	wielojęzyczne
	od postępowania otoczenia wobec dziecka	te elementy postępowania, które mają znaczenie dla rozwoju mowy	właściwe postępowanie	niewłaściwe postępowanie
Czynniki wewnętrzne	od budowy oraz funkcjonowania obwodowych i ośrodkowych odbiorczych narządów słuchania, przetwarzania i zapamiętywania językowego materiału dźwiękowego	reakcje na dźwięki	słyszy	nie słyszy
		reakcje na różnice fonemowe	odróżnia	nie odróżnia
	reakcje na różnice fonetyczne	odróżnia	odróżnia	nie odróżnia
	budowę i funkcję narządów odbioru wymowy	prawidłowa budowa i funkcja	fizjologia (etap rozwoju) lub patologia (wada anatomiczna, dysfunkcja)	
od budowy oraz funkcjonowania obwodowych i ośrodkowych narządów realizowania językowego materiału dźwiękowego	budowę artykulacyjną i brzmienie dźwięków	głoska poprawna (fonemowo, fonetycznie)	niepożądane cechy (fonemowe, fonetyczne) w dźwięku mowy	
	budowę i funkcję narządów wymawiania	prawidłowa budowa i funkcja	fizjologia (etap rozwoju) lub patologia (wada anatomiczna, dysfunkcja)	

oraz przetwarzania ich w fonemy)⁵⁸, inne zaś związane są tylko z wymawianiem, którego podstawą jest wiedza o głoskach i fonemach (kompetencja)⁵⁹ zdobyta w obcowaniu z mową otoczenia, a istotą – zdolność realizowania fonemów w ruchach oddechowo-fonacyjno-artykulacyjnych⁶⁰.

⁵⁸ W wadach wymowy związanych z tymi czynnikami pierwszoplanową „procedurą logopedyczną jest budowanie kompetencji językowej”, a „usprawnianie realizacyjne staje się procedurą wtórną” [Grabias 2001 s. 39].

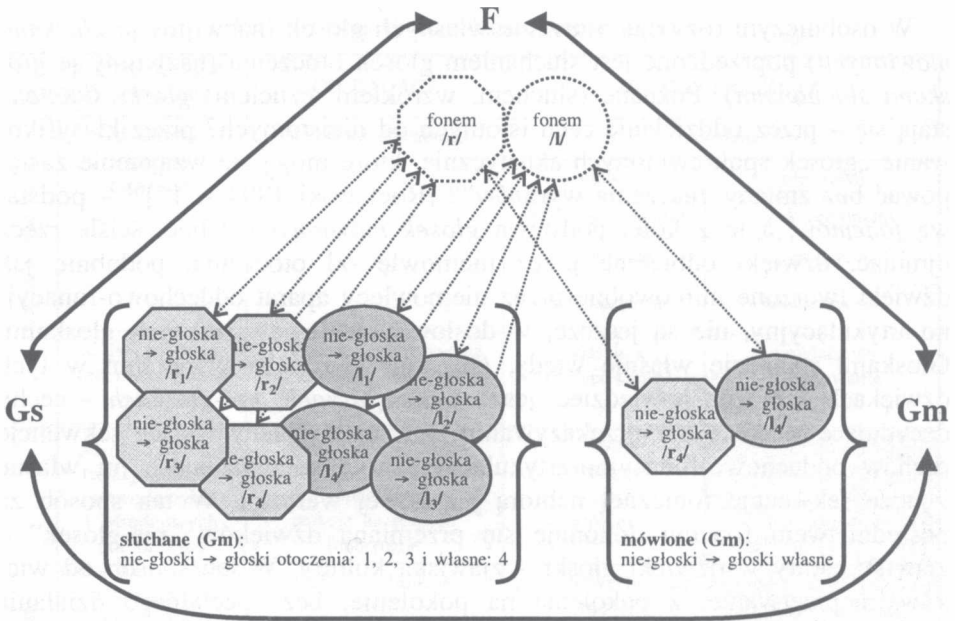
⁵⁹ „Chodzi o znajomość języka implicytną, nie uświadamianą, pozwalającą użytkownikom języka rozumieć i wypowiadać coraz to nowe zdania” [Encyklopedia Językoznawstwa Ogólnego 1999 s. 305]. Wcześniej nazywana wiedzą jasną w odróżnieniu od wyraźnej [Butler, Kurkowska, Satkiewicz 1986 s. 15].

⁶⁰ W wadach wymowy związanych z tymi czynnikami „procedurą logopedyczną jest usprawnianie realizacji [...] fonemów” [Grabias 2001 s. 39].

W osobniczym rozwoju tworzenie własnych głosek (nazwijmy je *głoskami mówionymi*) poprzedzone jest słuchaniem głosek otoczenia (nazwijmy je *głoskami słuchanymi*). Poznane (słuchem, wzrokiem, czuciem) *głoski słuchane* stają się – przez oddzielanie cech istotnych od nieistotnych? przez klasyfikowanie „głosek spokrewnionych akustycznie, które mogą się wzajemnie zastępować bez zmiany znaczenia wyrazów”? [Rocławski 1994 s. 15]⁶¹ – podstawą *fonemów*, a te z kolei podstawą *głosek mówionych*. Choć, ściśle rzecz ujmując, dźwięki odbierane przez niemowlę od otoczenia, podobnie jak dźwięki tworzone mimowolnie przez niemowlęcy aparat oddechowo-fonacyjno-artykulacyjny, nie są jeszcze, w dosłownym słowa znaczeniu, *głoskami*. *Głoskami* staną się właśnie wtedy, gdy umysł dziecka wyodrębni w tych dźwiękach – można powiedzieć, jeszcze *nie-głoskach*, *pre-głoskach* – cechy decydujące o ich roli w przekazywaniu znaczenia. Wtedy własne sekwencje ruchów oddechowo-fonacyjno-artykulacyjnych (i odpowiadające im własne i cudze sekwencje foniczne) nabiorą językowej wartości. W ten sposób za pośrednictwem fonemu dokonuje się przemiana dźwięków „nie-głosek” – zjawisk natury w dźwięki *głoski* – zjawiska kultury. W ten sposób od wieków, nieprzerwanie, z pokolenia na pokolenie, bez specjalnego działania i świadomego udziału, fonemy – indywidualne byty psychiczne – stają się pomostem pomiędzy *głoskami mówionymi* jednego i następnego pokolenia. Zakodowana w fonemach (społecznie ukształtowana) struktura języka odkrywana jest przez dziecko na podstawie fizycznych cech głosek – z tajemniczą (dla nauki), więc zdumiewającą – łatwością. Język – twór fonemowy – żyje dopóty, dopóki ludzie kierują swe wypowiedzi do następnego pokolenia niemowląt, a *głoski*, w których są one substancjalnie realizowane, ożywają w dziecięcych umysłach jako fonemy, które następnie znów realizowane są w postaci *głosek* (zob. ryc. 9).

W tab. 1 szarym kolorem zaznaczyłam obszary powiązań pomiędzy objawami (prostokąt otoczony potrójną linią) a ich przyczynami (fizjologicznymi, patologicznymi). Diagnostyczne postępowanie polega na wskazaniu przyczyny poprzez wykluczenie jednych i potwierdzenie innych (jednego, kilku) czynników. Porządek tego postępowania nie powinien być przypadkowy – wyznacza go z jednej strony sam objaw, z drugiej poznane już zależności między objawem a przyczyną. Ze względu na fakt, że w procesie powstawania *głosek mówionych* główną rolę odgrywa słuchanie, w pierwszej kolejności ustalamy

⁶¹ B. Rocławski [1994] w kontekście rozwoju słuchu fonemowego omawia mechanizmy, które można brać pod uwagę u dziecka w ontogenezie fonemów, krytykuje koncepcję odwoływania się „do cech dystynktywnych artykulacyjnych” (s. 16), sceptycznie ocenia koncepcję odwoływania się do cech dystynktywnych akustyczno-audytywnych („Czy zadanie to nie przekracza umiejętności rocznego dziecka? Nie sądzę, byśmy kiedykolwiek uzyskali pełną odpowiedź na to pytanie” [s. 16]), przychyliła się zaś do koncepcji globalnego spostrzegania głosek i ich klasyfikacji na *głoski* podobne ze względu na funkcję w języku (s. 17 n.).



Gs ↔ Gm – bezpośrednia droga: od głosek słuchanych do głosek mówionych
Gs ↔ F ↔ Gm – pośrednia droga: od głosek słuchanych do fonemów, od fonemów do głosek mówionych

Ryc. 9. Dwie drogi od głosek słuchanych do głosek mówionych

właśnie jakość odbioru, co pozwala wadliwe wymówienia wynikające z nieprawidłowego odbierania dźwięków mowy (*dyslalia wtórna*) oddzielić od tych, które nie z odbiorem, ale wyłącznie z wymawianiem są związane (*dyslalia pierwotna*) [Ostapiuk 1997]. Pierwszorzędne jest zatem ustalenie, czy dziecko z wadliwą wymową w ogóle słyszy dźwięki (zob. ryc. 11). Ich niesłyszenie (niedosłyszenie) jest bowiem jednoznaczne z elementarną (dobrze poznaną) przeszkodą w poznaniu dźwięków mowy i – wtórnie – ich wymawianiu.

Następnie można przystąpić do oceny kolejnego – równie ważnego, jak słuch fizyczny – czynnika, tj. słuchu fonemowego, wymienianego jako jedna z przyczyn (niektórzy mówią: najczęstszych, inni: rzadkich) zaburzeń wymowy. Wiemy bowiem, że „zaburzenia słuchu fonemowego w okresie opanowywania [podkr. moje – B. O.] języka zawsze prowadzą do zaburzeń w realizacji” [Rocławski 1994 s. 24]. Wiemy jednak także, że nie mogą dotyczyć prawidłowych realizacji⁶², zatem „do badania słuchu fonemo-

⁶² „Inaczej analizujemy zaburzenia słuchu fonemowego wtedy, gdy są one spowodowane uszkodzeniami mózgu. Interpretacja obserwowanych zjawisk wymaga wówczas wiedzy na temat stanu opanowania języka przed wystąpieniem zaburzeń. Jeśli uszkodzenie mózgu nastąpiło po pełnym wykształceniu się kinestezji artykulacyjnej, to zaburzeniom słuchu fonemowego mogą towarzyszyć poprawne artykulacje” (tamże s. 26).

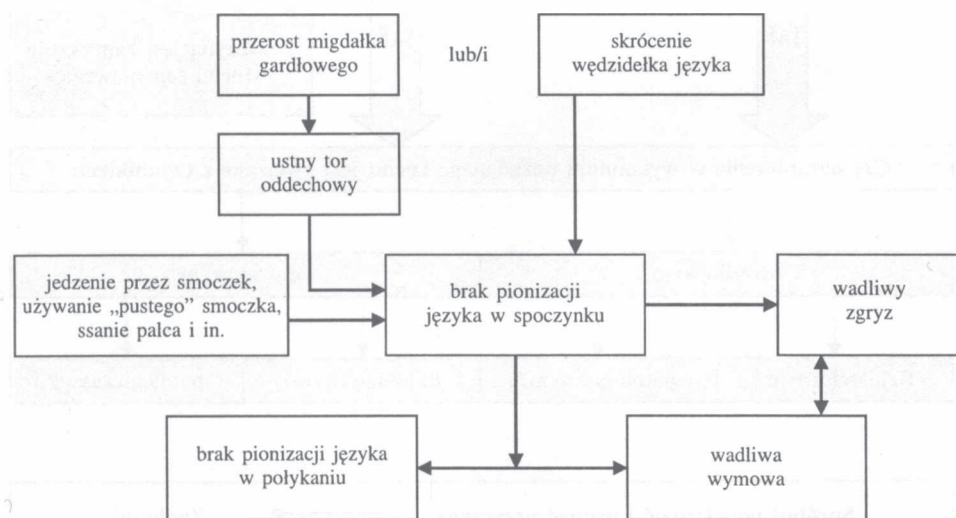
wego przystępujemy po badaniu ortofonicznym, w którym stwierdziliśmy zaburzenia w realizacji określonych fonemów” (tamże s. 30) i dlatego badamy wyłącznie „zaburzone fonemy. Jeśli badany realizuje fonem /r/ głoską [l], to do badania słuchu fonemowego wybieramy parę fonemów /r/ i /l/” (tamże).

Pamiętając, że wadliwa realizacja, która nie przekroczyła granic fonemu (tzw. deformacja), wyklucza potrzebę badania słuchu fonemowego, tak samo jak prawidłowa wymowa. Jego zaburzenie musimy więc (nie: możemy) – ze względu na objaw – także *a priori* wykluczyć. Nie ma podstaw do szukania zaburzeń słuchu fonemowego u dziecka z wadliwą wymową typu [Ryba] – dystynktywne cechy są realizowane, czego nie można się spodziewać bez sprawnego słuchu fonemowego (zob. ryc. 11).

Podejrzenie zaburzeń słuchu fonemowego jest zatem zasadne wyłącznie u dziecka z wadą wymowy, i to tylko wtedy, gdy dziecko realizuje fonem w innej klasie głosek, np. [lyba] zamiast [ryba].

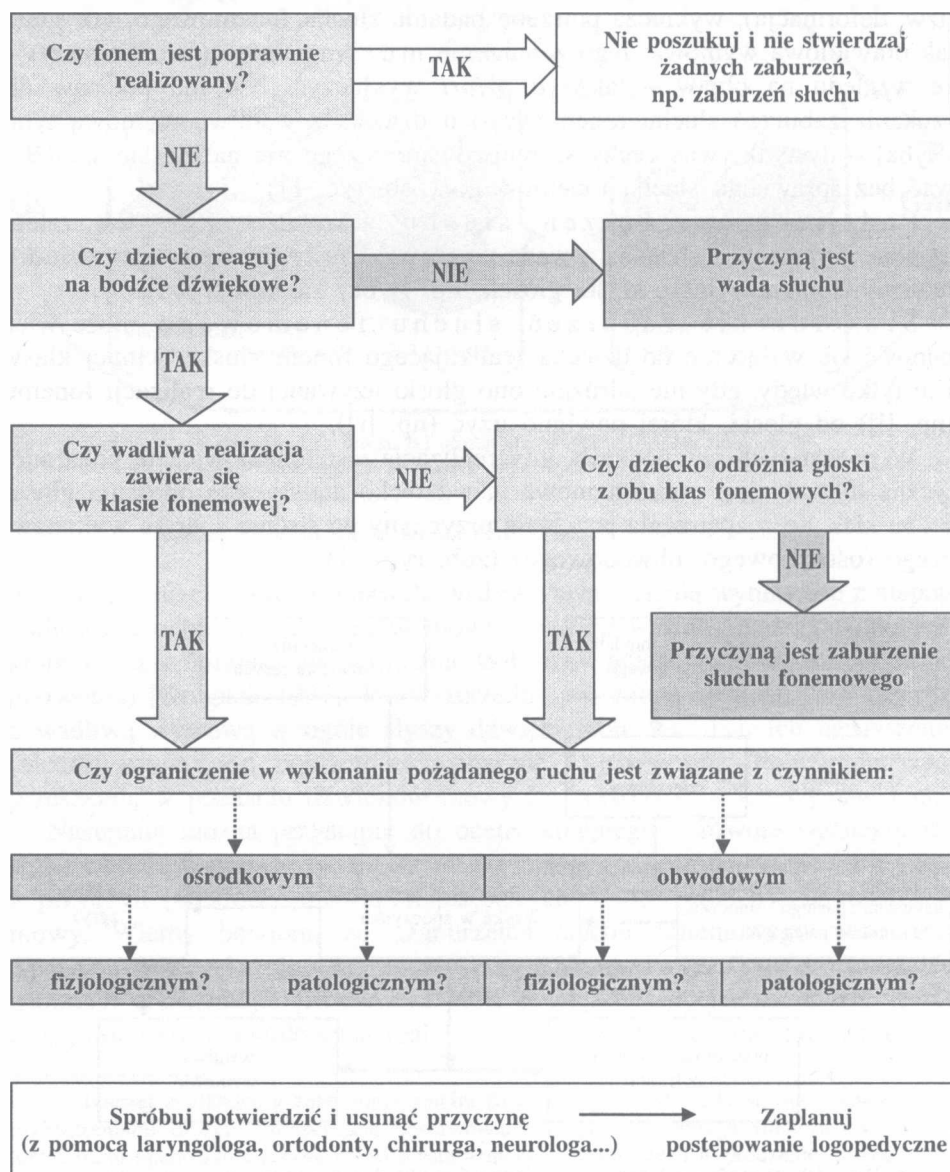
Stwierdzenie zaburzeń słuchu fonemowego może więc odnosić się wyłącznie do dziecka realizującego fonem głoską z innej klasy, i to tylko wtedy, gdy nie odróżnia ono głoski używanej do realizacji fonemu (np. [l]) od głoski, której powinno użyć (np. [r]).

W pozostałych przypadkach, gdy realizacja jest fonemowa, ale pozafonetyczna lub gdy jest pozafonemowa, ale dziecko audytywnie odróżnia głoski z obu klas, do rozpatrzenia pozostają przyczyny po stronie aparatu wykonawczego (ośrodkowego, obwodowego) (zob. ryc. 11).



Ryc. 10. Niektóre zależności pomiędzy (przykładowo wybranymi) czynnikami wadliwej wymowy

Najczęściej, ze względu na wielofunkcyjność anatomicznych struktur uczestniczących w tworzeniu głosek, tworzą one splecione z sobą łańcuch przyczynowo-skutkowy, nie można więc rozpatrywać ich niezależnie od siebie [zob. m.in. E. Skorek 2001], np. przerost migdałka jako sprawca nieprawidłowego toru oddechowego może prowadzić do braku pionizacji języka



Ryc. 11. Algorytm postępowania w poszukiwaniu przyczyny wadliwej realizacji fonemu

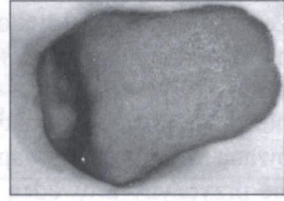
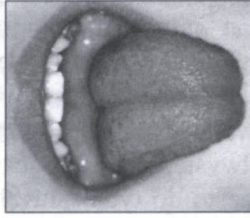
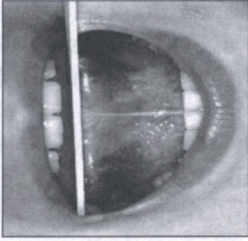
i w związku z tym do dysfunkcji ustnej fazy polykania i do wady wymowy zarazem [por. np. Jastrzębowska, Pelc-Pękala 1999 s. 737]. Te same skutki (w innym patomechanizmie) obserwować możemy w przypadku ankylozji⁶³ (zob. ryc. 10).

Interpretacja pozanormatywnej dziecięcej wymowy jest szczególnie skomplikowana wtedy, gdy współwystępuje kilka czynników. Także dlatego, że „różne przyczyny prowadzą często do tych samych skutków i te same przyczyny powodują niekiedy różne skutki” [Grabias 2001 s. 31]. Łatwo wówczas przeoczyć czynnik współwystępujący z wiodącym, jemu przypisując wszystkie niepożądane zjawiska. Jeśli – powiedzmy – z wadą słuchu, z upośledzeniem umysłowym współwystępuje na przykład, błahe w porównaniu z nimi, skrócenie wędzidełka języka, to zbagatelizowanie tego czynnika w terapii obniża jej skuteczność.

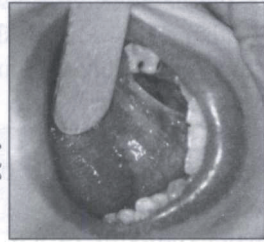
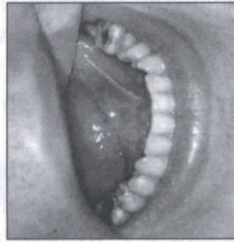
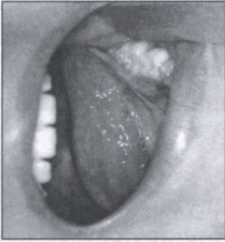
Wielospecjalistyczne badania zależności pomiędzy starannie wyodrębnionymi cechami wymowy a czynnikami (fizjologicznymi i patologicznymi) odpowiedzialnymi za ich powstawanie to podstawa logopedycznej teorii wad wymowy. Bez niej trudno mówić o skutecznej logopedycznej praktyce.

⁶³ Wówczas pochopne wydaje się stwierdzenie: „[...] brak unoszenia języka u dzieci w wieku szkolnym świadczy o zaburzeniach w mózgowym ośrodku koordynacji tej czynności” [Skorek 2001 s. 61].

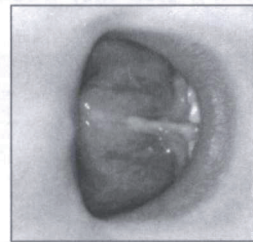
„J V”



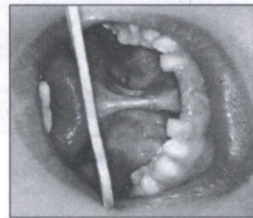
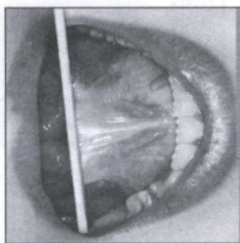
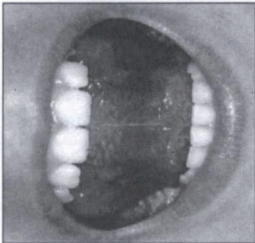
„J IV”



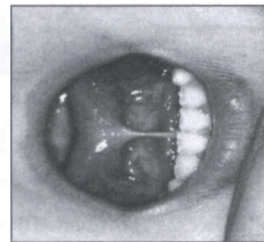
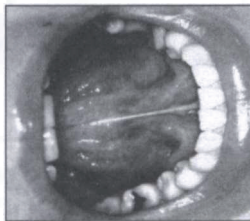
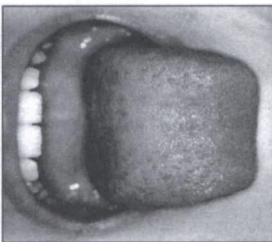
„J III”



„J II”



„J I”

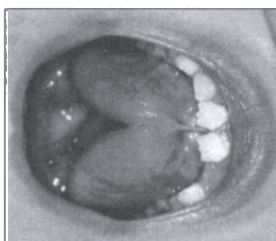


a) obrazy prawidłowej ruchomości języka

b) obrazy nieznacznego ograniczenia ruchomości języka

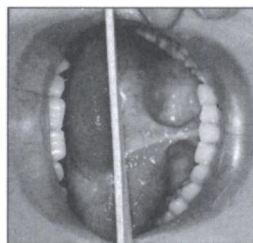
c) obrazy średniego ograniczenia ruchomości języka

Ryc. 12. Obrazy języka w pięciu ruchach



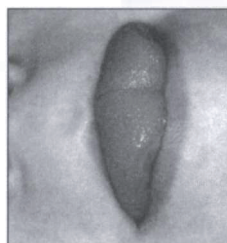
„I I”

unoszenie szerokiego
języka za górny łuk
zębów przy
maksymalnym
odwiedzeniu żuchwy



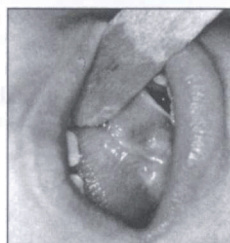
„I II”

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



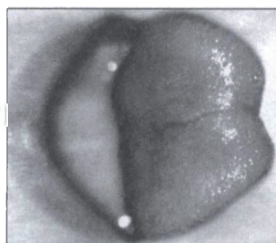
„I III”

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



„I IV”

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



„I V”

wysuwanie języka
na brodę przy
maksymalnym
odwiedzeniu żuchwy

d) obrazy znacznego ograniczenia ruchomości języka



a) przed frenotomią języka
realizacja dysapikalna,
dyspostdentalna
(międzyzębowa)



b) przed frenotomią języka
realizacja apikalna,
dyspostdentalna (zębowa)



c) przed frenotomią języka
realizacja dysapikalna
(dorsalna). dyspostdentalna
(zębowa)



d) po frenotomii języka
realizacja normatywna
(apikalna, postdentalna)

Ryc. 13. Realizacje fonemu /l/ w logotomie [a] u 12-letniej dziewczynki



a) realizacja dysapikalna,
dyspostdentalna
(międzyzębowa)



b) realizacja dysapikalna,
dyspostdentalna
(międzyzębowa)



c) realizacja dysapikalna,
dyspostdentalna
(międzyzębowa)

Ryc. 14. Realizacje fonemu /l/ w logotomie [a] u dzieci ze skróceniem wędzidełka języka



a) realizacja dysapikalna,
dyspostdentalna
(międzyzębowa)



b) realizacja dysapikalna
(dorsalna), dyspostdentalna
(zębowa)



c) realizacja dysapikalna,
dyspostdentalna
(międzyzębowa)

Ryc. 15. Realizacje fonemu /l/ w logotomie [al] u dzieci ze skróceniem wędzidełka języka



a) przed frenotomią:
realizacja dysapikalna
(dorsalna), dyswibracyjna
(frykacyjna)

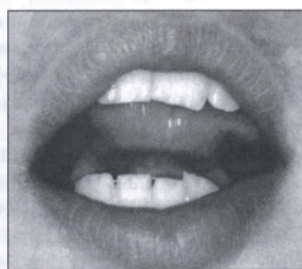


b) po frenotomii: realizacja
normaltywna (apikalna,
wibracyjna)

Ryc. 16. Realizacje fonemu /r/ u 20-letniego mężczyzny

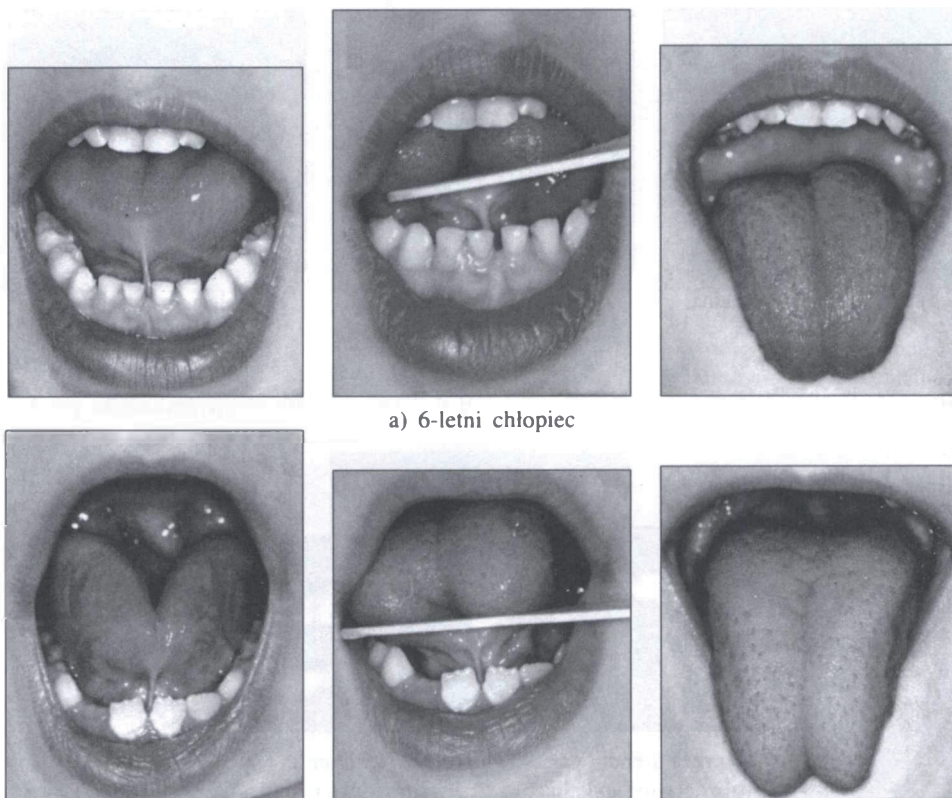


a) przed frenotomią:
realizacja apikalna,
dysmedialna, awibracyjna



b) po frenotomii: realizacja
apikalna, wibracyjna,
dyskretnie dysmedialna

Ryc. 17. Realizacje fonemu /r/ u 11-letniego chłopca



a) 6-letni chłopiec

b) 7-letni chłopiec

Ryc. 18. Objaw „serduszka” przy wyciąganiu języka na brodę w porównaniu z innymi ruchami

Bibliografia

- Bartkowska T. (1968). Rozwój wymowy dziecka przedszkolnego jako wynik oddziaływań wychowawczych rodziny i przedszkola, Warszawa: PZWS.
- Błachnio K. (1981). Deficyty logopedyczne u studentów. „Dydaktyka Szkoły Wyższej” 1, 151-158.
- Błachnio K. (1989). Wybrane zagadnienia z metodyki logoterapii i podręczny słownik terminów specjalistycznych używanych w logopedii, Warszawa.
- Buttler D., Kurkowska H., Satkiewicz H. (1986). Kultura języka polskiego. T. 1, Warszawa: PWN.
- Catlin F. J., Haan V. de (1971). Tongue-Tie. „Archives of Otolaryngogy” 94, 548-557.
- Chirurgia szczękowo-twarzowa. Podręcznik dla studentów (1993). Red. L. Kryst, Warszawa.
- Chirurgia wieku dziecięcego. Wybrane zagadnienia (1978). Red. W. Poradowska, Warszawa: PZWL.
- Chojnacka A., Łastowiecka G., Rukat H. (1984). Dysfunkcje języka w ukształtowaniu luków zębowych. „Czasopismo Stomatologiczne” XXXVII, 8, 618-626.
- Cullum J. M. (1959). An Old Wives'Tale. „British Medical Journal” 2, 497 n.
- Demel G. (1974). Wady wymowy. Profilaktyka i korekcja, Warszawa: PZWL.
- Demel G. (1994). Minimum logopedyczne nauczyciela przedszkola, Warszawa.
- Dłuska M. (1983). Fonetyka polska. Articulacja głosek polskich, Warszawa-Kraków: PWN.
- Encyklopedia Językoznawstwa Ogólnego (1999). Red. K. Polański, Wrocław-Warszawa-Kraków: „Ossolineum”.

- Essen O. von (1967). *Fonetyka ogólna i stosowana*, Warszawa: PWN.
- Fletcher S. C., Meldrum J. R. (1968). *Lingual Function and Relative Length of the Lingual Frenulum*. „*Journal of Speech and Hearing Research*” 11, 382-390.
- Godley F. A. (1994). *Frenuloplasty with a Buccal Mucosal Graft*. „*Laryngoscope*” 104, 378-381.
- Golanowska M. (1996). *Stan polskich badań nad rozwojem artykulacji dziecka*. „*Audiofonologia*” 9, 61-88.
- Goldberger J. M. (1973). *Tongue Thrust: Report of Cases*. „*Journal of the American Dental Association*” 86, 667-671.
- Gołąb Z., Heinz A., Polański K. (1970). *Słownik terminologii językoznawczej*, Warszawa: PWN.
- Grabias S. (1994). *Logopedyczna klasyfikacja zaburzeń mowy*. „*Audiofonologia*” 6, 7-22.
- Grabias S. (1997). *Mowa i jej zaburzenia*. Tamże 10, 9-36.
- Grabias S. (2001). *Perspektywy opisu zaburzeń mowy*. W: *Zaburzenia mowy*. Red. S. Grabias, Lublin: Wydawnictwo UMCS, s. 11-43.
- Greene J. S. (1945). *Anomalies of the Speech Mechanism and Associated Voice and Speech Disorders*. „*New York Journal Medical*” 45, 605-608.
- Grossman J. (1993). *Rozszczepy podniebienia a wady wymowy*. W: *Diagnoza i terapia zaburzeń mowy*. Red. T. Galkowski, Z. Tarkowski, T. Zaleski, Lublin, s. 111-123.
- Ivić M. (1975). *Kierunki w lingwistyce*, Wrocław-Warszawa-Kraków-Gdańsk: „Ossolineum”.
- Jakobson R., Halle M. (1964). *Podstawy języka*, Wrocław-Warszawa-Kraków: „Ossolineum”.
- Jańczuk Z. (1981). *Zarys kliniczny stomatologii zachowawczej*, Warszawa: PZWL.
- Jańczuk Z., Banach J. (1995). *Choroby błony śluzowej jamy ustnej i przyzębia*, Warszawa.
- Jastrzębowska G. (1999 a). *Dyslalia*. W: *Logopedia. Pytania i odpowiedzi*. Podręcznik akademicki. Red. T. Galkowski, G. Jastrzębowska, Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, s. 429-461.
- Jastrzębowska G. (1999 b). *Stan i perspektywy opieki logopedycznej w Polsce*. Tamże s. 219-232.
- Jastrzębowska G., Pelc-Pękała O. (1999). *Diagnoza i terapia zaburzeń artykulacji (dyslalii)*. Tamże w. 727-753.
- Kaczmarek L. (1966). *Nasze dziecko uczy się mowy*, Lublin: Wydawnictwo Lubelskie.
- Kaczmarek L. (1975). *Korelacyjna klasyfikacja zaburzeń słownego i pisemnego porozumiewania się*. „*Logopedia*” 12, 5-13.
- Kaczmarek L. (1991). *O polskiej logopedii*. W: *Przedmiot logopedii*. Red. S. Grabias, Lublin: Zakład Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego UMCS, s. 5-25.
- Kania J. T. (1967). *Dyslalia na tle procesu rozwojowego artykulacji*. W: Kania J. T. (2001). *Szkice logopedyczne*, Lublin: Polskie Towarzystwo Logopedyczne Zarząd Główny, s. 175-192.
- Kania J. T. (1969). *Patologiczne artykulacje głoski r*. W: Kania J. T. (2001). *Szkice logopedyczne*, Lublin: Polskie Towarzystwo Logopedyczne Zarząd Główny, s. 243-252.
- Kania J. T. (1975). *Podstawy językoznawczej klasyfikacji zaburzeń mowy*. W: Kania J. T. (2001). *Szkice logopedyczne*, Lublin: Polskie Towarzystwo Logopedyczne Zarząd Główny, s. 11-30.
- Kania J. T. (1976). *Wykorzystanie zasad ortofonii w korekcji wymowy*. W: Kania J. T. (2001). *Szkice logopedyczne*, Lublin: Polskie Towarzystwo Logopedyczne Zarząd Główny, s. 257-269.
- Kania J. T. (2001). *Zastosowanie analizy lingwistycznej w przypadku skrajnego ograniczenia inwentarza fonemów u chłopca z wadami wymowy*. W: Kania J. T. (2001). *Szkice logopedyczne*, Lublin: Polskie Towarzystwo Logopedyczne Zarząd Główny, s. 193-241.
- Ketty N., Sciuillo P. A. (1974). *Ankyloglossia with Psychological Implications*. „*Journal of Dentistry for Children*” 41, 43-46.
- Klemensiewicz Z. (1930). *Prawidła poprawnej wymowy polskiej*, Kraków.
- Koneczna H., Zawadowski W. (1951). *Przekroje rentgenograficzne głosek polskich*, Warszawa.
- Konopska L. (2000). *Zniekształcenia dźwiękowych realizacji fonemów języka polskiego u osób z wadami zgryzu*. Nie opublikowana rozprawa doktorska – Akademia Pedagogiki Specjalnej w Warszawie.
- Kurkowski Z. M. (1996). *Mowa dzieci sześcioletnich z uszkodzonym narządem słuchu*, Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Lanteri C., Ronchini M., Cortona P. L., Zerbini A. (1990). *Dislalie e dismorfismi oro-facciali*. „*Minerva Ortognatodontica*” 8 (2), 87-95.

- Lipowska M. (2001). Profil rozwoju kompetencji fonologicznej dzieci w wieku przedszkolnym, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Lyons J. (1976). Wstęp do językoznawstwa, Warszawa: PWN.
- Łazarkiewicz W. (1983). Wskazania ortodontyczne do zabiegów chirurgicznych na wyrostkach zębodołowych. „Wrocławska Stomatologia” 65-69.
- Łobacz P. (1996). Polska fonologia dziecięca. Studia fonetyczno-akustyczne, Warszawa: Wydawnictwo Energeia.
- Łobacz P. (2001). Wymowa patologiczna a norma fonetyczna w świetle analizy akustycznej. W: Zaburzenia mowy. Red. S. Grabias, Lublin: Wydawnictwo UMCS, s. 189-215.
- Łodziński K., Jankowska J. (1986). Wybrane zagadnienia chirurgiczne w pediatrii. W: Pediatria. T. 2. Red. B. Górnicki, B. Dębiec, Warszawa: PZWL.
- Mackiewicz B. (1992). Zapobieganie wadom zgryzu i wymowy u dzieci. „Pediatria Polska” 67, 3-4, s. 143-147.
- Madejowa M. (1987). Współczesna polska norma językowa w zakresie wymowy samogłosek nosowych. „Studia Phonetica Posnaniensia” 1, 31-56.
- Majewska-Tworek A. (2001). Rozwój sprawności artykulacyjnej dziecka w wieku przedszkolnym. Dialogowy test artykulacji, Lublin: Wydawnictwo Fundacji „Orator”.
- Mathewson R. J., Siegel M. J., Mc Canna L. (1966). Ankyloglossia: A Review of the Literature and a Case Report. „Journal of Dentistry for Children” 33, 238-243.
- Mayenowa M. R. (1979). Poetyka teoretyczna. Zagadnienia języka, Wrocław-Warszawa-Kraków-Gdańsk: „Ossolineum”.
- McEnery E. T., Perłowski Gaines F. (1941). Tongue-tie in Infants and Children. „Journal of Pediatrics” 18, 252-255.
- Metodyka terapii logopedycznej. Cz. 1 (1987). Materiały dydaktyczne UW, Pomagisterskie Studium Logopedyczne. Oprac. J. Wójtowiczowa, H. Rodak, Warszawa: Wydawnictwa UW.
- Mierzejewska H., Emiluta-Rozya D. (1997). Projekt zestawienia form zaburzeń mowy. „Audiofonologia” 10, 37-48.
- Milewski T. (1967). Językoznawstwo, Warszawa: PWN.
- Miller E. L. (1971). Preprosthetic Surgery From the Viewpoint of the Prosthodontic. „Journal of Oral Surgery” 29 760-767.
- Ministerstwo Edukacji Narodowej o pomocy psychologiczno-pedagogicznej (2001), Warszawa. Biblioteczka Reformy. Zeszyt 40.
- Mitrinowicz-Modrzejewska A. (1963). Fizjologia i patologia głosu, słuchu i mowy. Rozpoznanie, leczenie i rehabilitacja, Warszawa.
- Mitrinowicz-Modrzejewska A. (1968). Głuchota wieku dziecięcego, Warszawa: PZWL.
- Mukai Ch., Mukai S., Asaoka K. (1991). Ankyloglossia with Deviation of the Epiglottis and Larynx. „Annales of Otolaryngology and Rhinology and Laryngology” 100, 3-20.
- Mukai Ch., Mukai S., Asaoka K. (1993). Congenital Ankyloglossia with Deviation of the Epiglottis and Larynx: Symptoms and Respiratory Function in Adults. Tamże 102, 620-624.
- Mystkowska H. (1970). Właściwości mowy dziecka sześćo-siedmioletniego, Warszawa: PZWS.
- Nicholson W. L. (1991). Tongue-tie (Ankyloglossia) Associated with Breastfeeding Problems. „Journal of Human Lactation” 7 (2), 82-84.
- Nowa Encyklopedia Powszechna. T. 6 (1997), Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Nowikow W. (1996). Fonetyka hiszpańska, Warszawa.
- Oldfield M. C. (1955). Congenitally Short Frenula of Upper Lip and Tongue. „Lancet” 528-530.
- Oldfield M. C. (1959) Tongue-tie. „British Medical Journal” 2, 1181-1182.
- Ostapiuk B. (1993). Dlaczego, jak i kiedy ingerować w zaburzony rozwój mowy. „Neurologia Dziecięca” 2 (4), 29-39.
- Ostapiuk B. (1997). Zaburzenia dźwiękowej realizacji fonemów języka polskiego – propozycja terminów i klasyfikacji. „Audiofonologia” 10, 117-136.
- Ostapiuk B. (1998). Realizacja polskiego fonemu // w dyslalii ankyloglosyjnej. W: Zaburzenia głosu – badanie – diagnozowanie – metody usprawniania. Materiały z konferencji zorganizowanej przez Pomagisterskie Studium Logopedyczne Wydziału Polonistyki UW i Sek-

- cję Logopedyczną TKJ w Warszawie w dniach 6-8 czerwca 1998, Warszawa: Wydawnictwo DiG, s. 95-108.
- Ostapiuk B. (2000). Warunki skuteczności logopedycznej terapii dyslalii ankyloglosyjnej. Nie opublikowana rozprawa doktorska – Akademia Pedagogiki Specjalnej w Warszawie.
- Ostapiuk B. (2002 a). Rodzaje i jakość dźwiękowych realizacji polskiego fonemu /r/ w ankyloglosji. „Logopedia” 30, 91-103.
- Ostapiuk B. (2002 b). Warunki skuteczności logopedycznej terapii dyslalii ankyloglosyjnej. W: Logopedia – wybrane zagadnienia. Red. B. Ročlawski, Warszawa: Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej w Warszawie (w druku).
- Otorynolaryngologia praktyczna (1996). Red. B. Latkowski, Warszawa.
- Poradnik chirurgii dziecięcej (1990). Red. R. A. MacMahon, Warszawa.
- Praktyczny słownik poprawnej polszczyzny nie tylko dla młodzieży (1999). Red. A. Markowski, Warszawa.
- Próchnicka W. (2002). Zatrudniać logopedów – raport ze Szkoły Podstawowej nr 74 w Szczecinie. „Dialogi” 1 (58) 26-27.
- Pruszewicz A. (1992 a). Fiziologia krtani. W: Foniatria kliniczna. Red. A. Pruszewicz, Warszawa: PZWL, s. 36-50.
- Pruszewicz A. (1992 b). Zaburzenia artykulacji. Tamże s. 242-248.
- Przedmiot logopedii (1991). Red. S. Grabias, Lublin: Zakład Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego UMCS.
- Przybyś-Piwkowa M. (1991). Aby prowadzić badania logopedyczne, trzeba chcieć obcować z patologią. W: Przedmiot logopedii. Red. S. Grabias, Lublin: Zakład Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego UMCS, s. 80-82.
- Przybyś-Piwkowa M. (1998). Właściwości polskiej grafii przeszkodą w kształtowaniu się i utrwalaniu właściwych powiązań między dźwiękami mowy a literami. W: Zaburzenia głosu – badanie – diagnozowanie – metody usprawniania. Materiały z konferencji zorganizowanej przez Pomagisterskie Studium Logopedyczne Wydziału Polonistyki Uniwersytetu Warszawskiego i Sekcję Logopedyczną Towarzystwa Kultury Języka w Warszawie w dniach 6-8 czerwca 1998, Warszawa: Wydawnictwo DiG, s. 121-128.
- Riper Ch. van (1972). Speech Correction. Principles and Methods, New Jersey.
- Ročlawski B. (1973). Co należy zmienić w *Prawidłach poprawnej wymowy polskiej*. „Logopedia” 11, 77-84.
- Ročlawski B. (1983). Podstawy wiedzy o języku polskim dla pedagogów i logopedów szkolnych, Gdańsk.
- Ročlawski B. (1986). Zarys fonologii, fonetyki, fonotaktyki i fonostatystyki współczesnego języka polskiego. Gdańsk: Wydawnictwo Uczelniane UG.
- Ročlawski B. (1989). Obraz wymowy polskiej, Gdańsk: Uniwersytet Gdański Zakład Logopedii, Gdańsk.
- Ročlawski B. (1994). Słuch fonemowy i fonetyczny. Teoria i praktyka. Gdańsk: Glottispol.
- Ročlawski B. (2001). Podstawy wiedzy o języku polskim dla glottodydaktyków, pedagogów, psychologów i logopedów, Gdańsk: Glottispol.
- Rodak H. (1992). Terapia dziecka z wadą wymowy, Lublin: Wydawnictwo Polskiej Fundacji Zaburzeń Mowy.
- Rządźka M., Rządźki J. (1995). Program profilaktyki zaburzeń mowy w przedszkolach (Koncepcja przedsięwzięć i doniesienie z badań logopedów związanych z Fundacją na Rzecz Dzieci z Zaburzeniami Mowy). W: Zaburzenia mowy u dzieci. Red. J. Rządźki, Lubin, s. 24-32.
- Saussure F. de (1961). Kurs językoznawstwa ogólnego. Tł. K. Kasprzyk, Warszawa.
- Schaff A. (1960). Wstęp do semantyki, Warszawa.
- Seeman M. (1965). Sprachstörungen bei Kindern, Berlin-Jena.
- Skorek E. M. (2000). Z logopedią na ty. Podręczny słownik logopedyczny, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Skorek E. M. (2001). Oblicza wad wymowy, Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”.
- Słodownik-Rycaj E. (2000). O mowie dziecka. Jak zapobiegać powstawaniu nieprawidłowości w jej rozwoju, Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”.
- Sołtys-Chmielowicz A. (1998). Wymowa dzieci przedszkolnych, Lublin: Wydawnictwo UMCS.

- Soltys-Chmielowicz A. (2001). Problemy substytucji i elizji w zaburzeniach mowy. W: Zaburzenia mowy. Red. S. Grabias, Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Soltys-Chmielowicz A., Tkaczyk G. (1993). Usprawnianie mowy u dzieci specjalnej troski. Metodyka postępowania, Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Spitzer R. (1960). Partial Ankyloglossia. „Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology” 13, 787-790.
- Stecewicz M., Wysocki R. (2000). Metody obrazowania realizacji polskich fonemów w mowie na przykładzie metody rentgenograficznej. W: Kształcenie logopedyczne. Cele i formy. Red. E. Łuczyński, Gdańsk, s. 46 n.
- Stecko E. (1989). Czynności przygotowujące niemowlęcy narząd artykulacyjny do podjęcia funkcji mowy. W: Opieka logopedyczna od poczęcia. Red. B. Roclawski, Gdańsk, s. 51-63.
- Stecko E. (1991). Wczesne rozpoznawanie i leczenie zaburzeń mowy, Lublin: Wydawnictwo Polskiej Fundacji Zaburzeń Mowy.
- Stecko E. (1996). Zaburzenia mowy dzieci – wczesne rozpoznawanie i postępowanie logopedyczne, Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego.
- Stieber Z. (1966). Historyczna i współczesna fonologia języka polskiego, Warszawa: PWN.
- Strader R. J., House R. E. (1966): Treatment of Tongue Ankylosis with Z-plasty. „Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology” 22, 120-124.
- Styczek I. (1973). Badania eksperymentalne spirantów polskich *s*, *š*, *ś* ze stanowiska fizjologii i patologii mowy, Wrocław–Warszawa–Kraków–Gdańsk: „Ossolineum”.
- Styczek I. (1979). Logopedia, Warszawa: PWN.
- Szczepańska K., Skrońska-Jakowicz B. (1997). Ocena mowy i możliwości uczenia się dzieci w wieku 9-13 lat ze szkoły warszawskiej. W: Rozwój poznawczy i rozwój językowy dzieci z trudnościami w komunikacji werbalnej – Diagnozowanie i postępowanie usprawniające. Red. H. Mierzejewska, M. Przybysz-Piwkowska, Warszawa: Wydawnictwo DIG, s. 53-60.
- Tuerk M., Lubit E. C. (1959). Ankyloglossia. „Plastic and Reconstructive Surgery” 24, 271-276.
- Wallace A. F. (1963). Tongue Tie. „Lancet” 2, 377 n.
- Warden P. J. (1991). Ankyloglossia: A Review of the Literature. „General Dentistry” July–August, 252 n.
- Wein B., Angerstein W., Neuschaefer-Rube Ch., Obrębowski A., Klajman S. (1994). Badanie obwodowego narządu mowy przy wymowie głosek polskich za pomocą jądrowego rezonansu magnetycznego (NMR). „Otolaryngologia Polska”, XLVIII, 2, 178-198.
- Wein B., Böchler R., Klajman S., Obrębowski A. (1991). Ultrasonografia języka w rehabilitacji zaburzeń artykulacyjnych. „Otolaryngologia Polska” XLV, 2, 133-139.
- Whitman C. L., Rankow R. M. (1961). Diagnosis and Management of Ankyloglossia. „American Journal of Orthodontics” 47, 423-428.
- Wierzchowska B. (1971). Wymowa polska, Warszawa: PZWS.
- Williams W. N., Waldron C. M. (1985). Assessment of Lingual Function when Ankyloglossia (Tongue-tie) Is Suspected. „Journal of the American Dental Association” 110, 353-356.
- Wiśniewska B., Eberhardt G. (1997). Zaburzenia mowy u dzieci z tzw. mikrouszkodzeniami ośrodkowego układu nerwowego. W: Rozwój poznawczy i rozwój językowy dzieci z trudnościami w komunikacji werbalnej – Diagnozowanie i postępowanie usprawniające. Materiały z konferencji zorganizowanej przez Pomagisterskie Studium Logopedyczne Wydziału Polonistyki UW i Sekcję Logopedyczną TKJ w Warszawie w dniach 1-3 czerwca 1996, Warszawa: Wydawnictwo DiG, s. 78-89.
- Wójtowiczowa J. (1997). O wychowaniu językowym (Zbiór artykułów dla rodziców i nauczycieli), Warszawa.
- Zaleski T. (1992 a). Niepowodzenia natury foniatrycznej w postępowaniu laryngologów u dzieci. W: Otolaryngologia dziecięca. Wybrane zagadnienia. Red. E. Kossowska, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, s. 88-93.
- Zaleski T. (1992 b). Opóźniony rozwój mowy, Warszawa: PZWL.
- Zurowski M. (1993). Wpływ niektórych nieprawidłowości wędzidelka języka na zaburzenie jego funkcji i zmiany patologiczne w jamie ustnej. „Poznańska Stomatologia” 145-147.
- Żyszko A., Koźlik D., Młynarska-Zduniak E. (1991). Podniebienie gotyckie – podniebienie wysoko wysklepione. „Czasopismo Stomatologiczne” XLIV, 10, 717-720.