

Danuta Pluta-Wojciechowska

Uniwersytet Śląski
Katedra i Zakład Ortodoncji Śląskiej Akademii Medycznej
Podyplomowe Studium Logopedii, Glottodydaktyki z Terapią Pedagogiczną

Realizacja fonemu /t/ ze względu na miejsce artykulacji u osób z rozszczepem podniebienia pierwotnego i/lub wtórnego

The Realization of the /t/ Phoneme in Respect of the Point of Articulation in Patients with Primary and/or Secondary Cleft Palate

Oddech jest [...] do wydawania głosu i zapewnienia w ten sposób jestestwu **wyższego szczęścia** (Arystoteles, *O duszy*)

Streszczenie

Artykuł zawiera przegląd niektórych problemów dotyczących zaburzeń artykulacji u osób z rozszczepem podniebienia. Autorka prezentuje różne sposoby ujęcia tego problemu. Omawia m.in. takie terminy, jak: nosowanie, emisja nosowa, nosowe turbulencje, artykulacja kompensacyjna, współruchy mimiczne. W artykule zawarte są również uwagi dotyczące tego, jaki charakter powinien mieć opis zaburzeń artykulacji u osób z rozszczepem, oraz propozycje wykorzystania w tym opisie istniejących sposobów ujęcia zjawisk językowych.

Summary

This paper describes some articulation problems of persons with cleft palate. Author discusses different ways of presenting articulation problems. Some terms like: nasality, nasal emission and nasal turbulence, compensatory articulation and facial grimace are presented in this article as well. The special attention is paid to methods of describing articulation problems of people with cleft palate. The author presents some proposal how to take advantage of existing language methods to evaluate the problem.

Czy wszystkie dzieci z rozszczepem podniebienia są w stanie osiągnąć tzw. normę artykulacyjną? Czy porównywanie wymowy dziecka z rozszczepem do tzw. normy jest w ogóle stosowne? Nieprawidłowa wymowa jest wpisana w obraz tej wady rozwojowej. Dzieci z rozszczepem podniebienia, mając niewłaściwie ukształtowaną wargę górną, wyrostek zębodołowy, zgryz, podniebienie, nos – są niejako z góry skazane na występowanie zaburzeń artykulacji. A zatem czy stosowanie do dzieci z rozszczepem tej samej miary określającej normatywną artykulację, jaką stosujemy do dzieci zdrowych, jest właściwe?

Nie jest moim celem udzielanie odpowiedzi na te pytania, a jedynie zwrócenie uwagi na problemy nurtujące logopedów pracujących z osobami o mowie zaburzonej. Być może należałoby, na podstawie badań, ustalić normę dla osób z rozszczepem podniebienia? Nie znajdując jednak innych sposobów – porównujemy artykulację dzieci z rozszczepem podniebienia z **artykulacją prototypową**¹, jaka wynika z przyjętego systemu fonologiczno-fonetycznego. Druga perspektywa patrzenia na wymowę dzieci z rozszczepem podniebienia może polegać na porównaniu rozwoju ich sprawności artykulacyjnej z dziećmi bez rozszczepu i ustaleniu, jakie są **podobieństwa i różnice** w tym względzie.

W literaturze polskiej dotyczącej zaburzeń artykulacji u osób z rozszczepem podniebienia brak **jakościowego opisu** występujących nieprawidłowości odnośnie do poszczególnych głosek. Badania wymowy pojawiają się najczę-

¹ E. Rosch [1978] definiuje prototyp jako najlepszy przykład badanej kategorii. Z kolei kategoria to liczba obiektów, które uważa się za równoważne. I. Nowakowska-Kempna [2000 s. 68 n.], komentując teorię prototypów w lingwistyce, pisze: „[...] jeżeli za **prototyp** uznać najlepszy przykład badanej kategorii i przyjąć, iż ma on charakter poznawczy, to tę ogólną definicję można odnieść do wszelkich kategorii semantycznych i gramatycznych, które z istoty swej stanowią przypadek szczególny kategorii poznawczych. Wobec tego można założyć, iż w języku prototyp materializuje się «jako wiązka cech istotnych (relewantnych), za pomocą których można mówić o nim samym oraz o pozostałych członkach kategorii. U podstaw procesów kategoryzacji leżą **efekty prototypowe**, zawierające termin operacyjny ‘**podobieństwo**’, otwierający drogę do złożonych operacji kognitywnych, ustalających **co, dla kogo** (element subiektywny), **pod jakim względem i do jakiego stopnia (gradacyjność** jako proces poznawczy) jest **podobne** w określonym kontekście, **konsytuacji, dla pewnych celów**». Dzięki **efektom prototypowym** możliwe jest przyłączenie przykładów o różnym stopniu reprezentatywności do kategorii, w centrum której znajduje się **prototyp**, czyli najlepszy, a więc najbardziej reprezentatywny (uważany za takiego) przykład kategorii. W jego przypadku można mówić o **centralnej tendencji** w kategorii, a nie tylko o **typowym egzemplarzu**, wyróżnionym na podstawie kryterium frekwencyjnego: co jakie jest najczęściej, to jest prototypowe. Przyłączane – zgodnie z efektami prototypowymi – przypadki (obiekty) dla kategorii są w różnym stopniu dla niej reprezentatywne, a tym samym zbudowana – według tego sposobu rozumienia – kategoria ma charakter gradacyjny, gdyż nie wszyscy członkowie kategorii w jednakowym stopniu są dla niej typowi i nie mają jednakowego statusu: jest bowiem najlepszy, najbardziej reprezentatywny przedstawiciel – prototyp oraz członkowie bardziej/mniej reprezentatywni, bardziej/mniej podobni do prototypu”. W takim ujęciu termin „artykulacja prototypowa” jest w zasadzie równoznaczny z terminem „artykulacja normatywna”.

ściej podczas oceny różnych wskaźników ukazujących skuteczność zespołowego leczenia rozszczepów, a ich analiza ma najczęściej charakter ilościowy, rzadko pojawiają się próby jakościowego opisu wadliwych głosek.

I. BADANIA WŁASNE

Celem podjętych badań było ustalenie, jak realizowane są podstawowe fonemy spółgłoskowe języka polskiego u osób z rozszczepem podniebienia pierwotnego i/lub wtórnego w wieku 3-18 lat. Do badań wyselekcjonowałam 217 osób (po operacjach chirurgicznego zamknięcia szczeliny) ze wszystkimi typami rozszczepu, ale bez dodatkowych wad typu: niedosłuch większy niż 30 dB, upośledzenie umysłowe, mózgowie porażenie dziecięce, skrócenie wędzidełka języka w stopniu średnim i znacznym, zaburzenia słuchu fonematycznego.

W grupie podstawowej znalazły się 44 osoby z rozszczepem podniebienia pierwotnego (PP), 62 osoby z rozszczepem podniebienia wtórnego (CW), 76 osób z całkowitym jednostronnym rozszczepem podniebienia pierwotnego i wtórnego (CJ) i 35 osób z całkowitym obustronnym rozszczepem podniebienia pierwotnego i wtórnego (CO).

W badaniu artykulacji posłużyłam się własnym kwestionariuszem obrazkowym (umożliwiającym badanie realizacji 28 fonemów spółgłoskowych języka polskiego wymienianych przez B. Roślawskiego [2001]). Badanie polegało na nazywaniu przez dziecko obrazków² oraz na powtarzaniu, w razie potrzeby, przez nie poszczególnych słów lub sylab w celu dokładnej oceny słuchowo-wzrokowej poszczególnych głosek. Rzadko stosowałam powtarzanie głoski w izolacji, ponieważ zdarzało się, że występowały wtedy artykulacje nieco odmienne niż te, które słyszałam w wyrazach. W przypadku wystąpienia różnych realizacji w różnych pozycjach w wyrazie – do analizy przeznaczałam tę realizację, która wystąpiła w nagłosie. Występowanie różnic w realizacji wynika, jak sądzę, z doskonalenia się systemu fonetycznego dziecka wraz z wiekiem oraz z faktu, że wiele dzieci korzysta z terapii logopedycznej. Często zdarzało się, że wchodząc do gabinetu, dzieci starały się wymawiać poszczególne głoski niezwykle starannie, o czym informowali mnie rodzice tych dzieci. Być może jest też tak, że niektóre pozycje w wyrazie są dla poszczególnych głosek łatwiejsze, a inne trudniejsze do wymowy dla dzieci z rozszczepem podniebienia. Być może zależy to również od innych czynników.

Szczególnej wagi dla oceny artykulacji nabiera uwzględnienie zarówno czynnika wzrokowego, jak i słuchowego (co wynika m.in. z nierozdzielności

² W trakcie prezentowania obrazków znajdowały się one na wysokości wzroku badanej osoby tak, aby jej głowa nie była pochylona. Mogłam wtedy nie tylko słuchać, ale i patrzeć, jak dziecko mówi.

procedury tworzenia głoski i efektu tego tworzenia, czyli nierozdzielności artykulacji i brzmienia głoski)³. Stosowanie tylko oceny słuchowej może prowadzić do zakwalifikowania jako normatywnej takiej realizacji, która dźwiękowo jest *podobna* do normatywnej (np. przy nieprawidłowym miejscu artykulacji w przypadku głoski sz realizowanej dorsalnie słyszymy dźwięk *podobny* do normatywnego). A zatem ocena wymowy (jako opis objawu) miała charakter słuchowo-wzrokowy⁴. W przypadku niektórych realizacji poza jamą ustną ocena wzrokowa nie była możliwa, np. gdy występowały zwarcia krtaniowe.

II. UWAGI DO ANALIZY WYNIKÓW BADAŃ

1. Substytucja czy deformacja?

Nieprawidłowe miejsce artykulacji głoski może prowadzić do tego, że słyszymy cechy innego fonemu niż oczekiwany. Wśród nieprawidłowych realizacji np. fonemu /t/ występuje taka, która polega na tworzeniu zwarcia w miejscu właściwym fonemowi /k/, a więc zamiast „tatuś” dziecko mówi „kakuś”⁵. Intencją dziecka jest powiedzenie „tatuś”, ale nie może tego wymówić prawidłowo, ponieważ ma trudności z realizacją prawidłowej artykulacji. (Zaznaczmy, że takie realizacje występowały u dzieci z prawidłowym słuchem fonemowym).

Wyniki badań dotyczących patologii wymowy osób z rozszczepem podniebienia upoważniają do przyjęcia założenia, że takie realizacje powinny być zaliczane do **deformacji** (podobnie jak np. s realizowane międzyzębowo), a nie do substytucji. Jak przypuszczam, dokładne badania akustyczne wykazałyby, że dwie głoski tylnojęzykowe powstałe w różnych wyrazach: „kakuś” (*tatuś*) i „kanapa” są, mimo pozornego dużego podobieństwa, jednak odmienne i tylko nasze ucho nie jest w stanie zawsze usłyszeć różnicę. O wrażliwości naszego ucha w tym zakresie pisze m.in. W. Jassem [1973 s. 107].

³ Por. omówienie tej kwestii przez B. Ostapiuk [2000 s. 37].

⁴ Mówiąc o ocenie logopedycznej, mam na myśli taką, która odbywa się w przeciętnym gabinecie logopedycznym i której głównymi „narzędziami” pracy są wzrok i słuch (czasami też dotyk, czucie na powierzchni dłoni strumienia powietrza) logopedy. Kolejnym krokiem będzie poszukiwanie odpowiedzi na pytanie – dlaczego dziecko lub dorosły mówią w opisany sposób?

⁵ O tym, czy jest to **dokładnie** to samo miejsce artykulacji, można byłoby sądzić dopiero po przeprowadzeniu innych niż moje badań, z wykorzystaniem urządzeń do obserwacji miejsca zwarcia. W niniejszym opracowaniu nazywam je tylnojęzykowym z takim właśnie zastrzeżeniem.

2. Sposób opisu zaburzeń artykulacji

Funkcjonujące w logopedii nazwy używane dla określenia wadliwych głosek, takie jak: sygmatyzm, rotacyzm (i stosowane do nich przymiotniki określające szczegółowo zaburzenie) itp. nie zawsze są w stanie precyzyjnie określić istotę zaburzenia. Jak pokazuje moje doświadczenie, w przypadku dzieci z rozszczepem podniebienia wadliwa artykulacja może polegać nie tylko na zmianie miejsca artykulacji (**dyslokacja**), ale również na innym niż normatywny sposobie artykulacji, nieprawidłowym udziale wiązań głosowych, niezachowaniu ustnego nacechowania głoski (dysoralność)⁶ itp. Sedno zaburzenia tkwić może w nieprawidłowej realizacji jednej lub kilku cech fonetycznych⁷.

Tradycyjnie spółgłoskę opisujemy uwzględniając pięć kryteriów: miejsce artykulacji, sposób artykulacji, udział wiązań głosowych, udział itowości, udział rezonatora nosowego [Rocławski 2001 s. 224]⁸.

Jak się wydaje, konsekwencją takiej charakterystyki spółgłoski (pięć kryteriów) jest przyjęcie takiego sposobu opisu wadliwych spółgłosek, który polega na ustaleniu, czy dana dźwiękowa realizacja jest zgodna z opisem fonetycznym głoski ze względu na wymienione kryteria, a jeśli nie – to na czym polega istota zaburzenia w przypadku każdego kryterium.

W opisie wadliwych głosek wykorzystałam propozycję B. Ostapiuk [1997], która biorąc pod uwagę cechy fonetyczne głosek używanych do ich opisu, ustaliła rodzaje dyslalii.

Zgodnie z opisem artykulacyjnym prawidłowa wymowa głoski *t* wymaga uzyskania za pomocą narządów mowy takich cech, jak:

- dentalność – kontakt przedniej części języka z górnymi siekaczami,
- apikalność – kontakt wierzchołkowej części języka,

⁶ Jednym z kryteriów opisu głoski jest udział rezonatora nosowego. Ze względu na to kryterium wyróżniamy głoski: nosowe, ustne i ustno-nosowe [Rocławski 2001 s. 224]. Zaburzenia nacechowania ustnego głoski nazywam dysoralnością, zaburzenia dotyczące nacechowania nosowego – dysnazalnością (termin „dysnazalność” podają za B. Ostapiuk [1997]). W literaturze spotykane są inne terminy określające zaburzenia rezonansu, a mianowicie „nosowanie otwarte” i „nosowanie zamknięte”. Terminy te (nosowanie otwarte, nosowanie zamknięte i nosowanie mieszane) są używane w foniatryi, ale nie tylko tam.

⁷ Realizacja fonemu /cz/ może polegać na tym, że oprócz nieprawidłowego miejsca artykulacji (np. dorsalność) występuje również nieprawidłowy sposób artykulacji (np. szczelinowość).

⁸ D. Ostaszewska i J. Tambor [1997 s. 27 n.] uwzględniają w opisie spółgłoski trzy kryteria: miejsce artykulacji, sposób artykulacji i udział wiązań głosowych. Uznają, że twardość/miękkość to „pochodna wobec miejsca artykulacji, to znaczy każda spółgłoska środkowojęzykowa jest miękka i odwrotnie – każda spółgłoska o innym miejscu artykulacji jest twarda lub co najwyżej zmiękczone (czyli ma dodatkowe poboczne miejsce artykulacji). Druga cecha [ustność/nosowość – przyp. D. P.-W.] jest pochodna wobec stopnia zbliżenia narządów mowy: nosowość to jeden z typów półotwartości, każda spółgłoska o innym sposobie artykulacji (boczność, drżącość, zwartość, szczelinowość itd.) jest ustna”.

- nonsonorność – nie drgający ruch wiązadeł głosowych,
- nonpalatalność – nieitowy układ języka,
- nonnazalność – wyłączenie rezonatora nosowego z otwarciem kanału ustnego,
- kluzywność – wybuchowe pokonanie kontaktu typu zwarteo w jamie ustnej,
- medialność – kontakt w części ustnej nasady w linii pośrodkowej [według: Ostapiuk 1997 s. 129-131].

Wymienione parametry są właściwe tylko spółgłosce *t*, są niepowtarzalną konfiguracją cech, nie spotykaną w żadnej innej głosce języka polskiego – są to jej „linie papilarne” i dla spółgłoski *t* – **prototypowe**.

Jak wskazuje B. Ostapiuk, każda z wymienionych cech może być realizowana nienormatywnie, np. w miejscu dentalności pojawia się międzyzębowość (dysdentalność międzyzębowa), zamiast apikalności występuje dorsalność (dysapikalność dorsalna) itd.⁹ Taki sposób opisu wadliwej głoski pozwala na ukazanie, która cecha jest wadliwie realizowana i **na czym polega zaburzenie cechy normatywnej**⁹.

3. Podwójne miejsce artykulacji

Opis fonetyczny głoski milcząco zakłada jedno główne miejsce artykulacji (monolokacja). W przypadku osób z rozszczepem podniebienia występować może tzw. podwójne miejsce artykulacji (bilokacja), czyli jednoczesne zwanie w dwóch różnych miejscach, np. zwanie dwuwargowe i zwanie krtaniowe przy realizacji fonemu /p/. W przypadku wystąpienia takich realizacji uznawałam, że głównym miejscem artykulacji jest krtan, gdyż uzyskiwany przez osobę efekt akustyczny wskazywał na wykorzystanie „energii” właśnie na poziomie krtani (słyszalne było zwanie krtaniowe).

III. WYNIKI BADANIA REALIZACJI FONEMU /t/ ZE WZGLĘDU NA MIEJSCE ARTYKULACJI U OSÓB Z ROZSZCZPEM PODNIEBIENIA

1. Prototypowe miejsce artykulacji

Prototypowe miejsce artykulacji uzyskały w badanej grupie 143 osoby, z tego najwięcej w grupie z rozszczepem podniebienia pierwotnego (88,6%), następnie w grupie z rozszczepem podniebienia wtórnego (80,6%) i dalej w grupie z jed-

⁹ Logopeda w tym miejscu zada pytanie dotyczące etiologii zaburzenia: dlaczego nie została zrealizowana dana cecha normatywna, dlaczego w miejscu normatywnej cechy pojawiła się odmienna [por. Ostapiuk 1997 s. 132].

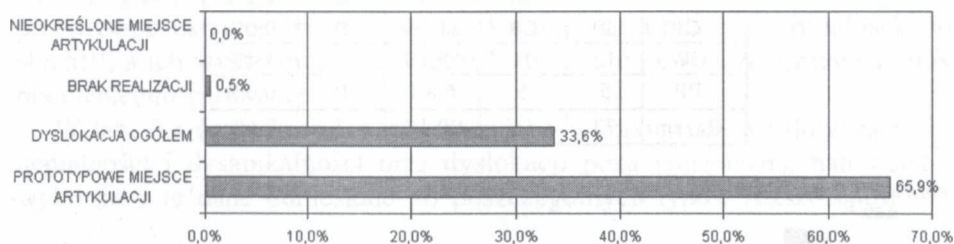
nostronnym rozszczepem podniebienia pierwotnego i wtórnego (59,2%). Najmniej realizacji z prototypowym miejscem artykulacji odnotowano w grupie z całkowitym obustronnym rozszczepem podniebienia pierwotnego i wtórnego (25,7%). Uzyskane wyniki badań przedstawiono w tab. 1 i na wykresie 1.

Z kolei wykres 2 obrazuje wyniki badania realizacji fonemu /t/ w zależności od typu rozszczepu. Widać, że liczba dyslokacji jest największa w przypadku osób z rozszczepem obejmującym najbardziej rozległy obszar (całkowity obustronny rozszczep podniebienia pierwotnego i wtórnego), a najmniejsza w przypadku rozszczepu obejmującego tylko podniebienie pierwotne.

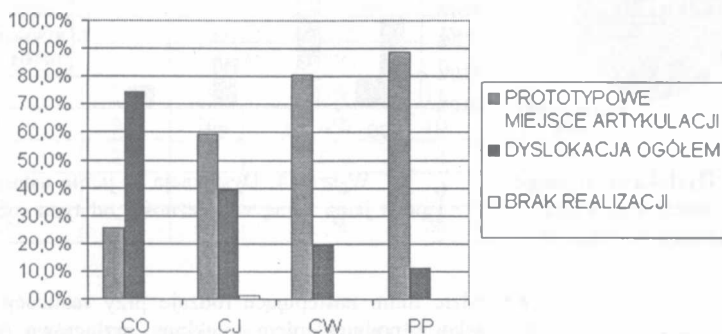
W przypadku jednej osoby wystąpił brak realizacji fonemu /t/.

Tab. 1. Realizacja fonemu /t/ ze względu na miejsce artykulacji

Typ rozszczepu	Liczba badanych		Prototypowe miejsce artykulacji		Dyslokacja ogółem		Brak realizacji		Nieokreślone miejsce artykulacji	
	CO	CJ	CW	PP	CO	CJ	CW	PP	CO	CJ
CO	35	16,1%	9	25,7%	26	74,3%	0	0,0%	0	0,0%
CJ	76	35,0%	45	59,2%	30	39,5%	1	1,3%	0	0,0%
CW	62	28,6%	50	80,6%	12	19,4%	0	0,0%	0	0,0%
PP	44	20,3%	39	88,6%	5	11,4%	0	0,0%	0	0,0%
Razem	217	100,0%	143	65,9%	73	33,6%	1	0,5%	0	0,0%



Wykres 1. Realizacja fonemu /t/ ze względu na miejsce artykulacji



Wykres 2. Realizacja fonemu /t/ ze względu na miejsce artykulacji z uwzględnieniem typów rozszczepów

3. Przestrzenie dyslokacji

W przypadku osób z rozszczepem podniebienia przestrzeń, w której uzyskiwane jest główne miejsce artykulacji, właściwe poszczególnym spółgłoskom polskim, znacznie się rozszerza i oprócz jamy ustnej obejmować może przestrzeń poza nią (krtani, gardło, nos). W generowaniu impulsów (i szumów) mogą brać udział inne, niż określa to fonetyka, części ruchomych i nieruchomych narządów mowy¹⁰.

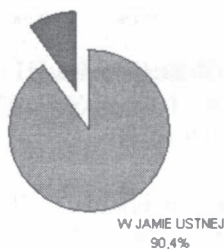
Dyslokacja zarówno w jamie ustnej, jak i poza nią jest wyrazem trudności realizacyjnych czy wręcz niemożliwości uzyskania prototypowego miejsca artykulacji w istniejących warunkach anatomiczno-czynnościowych.

Wyniki zmiany miejsca artykulacji z podziałem na dyslokacje w jamie ustnej i poza jamą ustną przedstawiono w tab. 2 i na wykresie 2, natomiast dyslokacje w jamie ustnej i poza jamą ustną z uwzględnieniem poszczególnych typów rozszczepu – na wykresie 4.

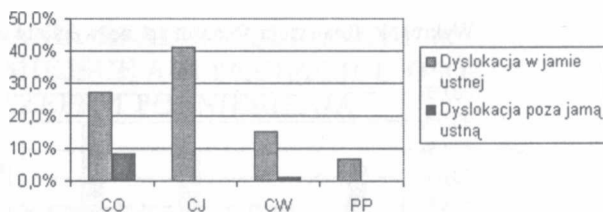
Tab. 2. Dyslokacje w jamie ustnej i poza jamą ustną przy realizacji fonemu /t/

Dyslokacja					
ogółem		w jamie ustnej		poza jamą ustną	
CO	26	20	27,4%	6	8,2%
CJ	30	30	41,1%	0	0,0%
CW	12	11	15,1%	1	1,4%
PP	5	5	6,8%	0	0,0%
Razem	73	66	90,4%	7	9,6%

POZA JAMĄ USTNĄ
9,6%



Wykres 3. Dyslokacje w jamie ustnej i poza jamą ustną przy realizacji fonemu /t/



Wykres 4. Dyslokacja w jamie ustnej i poza jamą ustną w zależności od typu rozszczepu

¹⁰ Odnotowałam w tym względzie m.in. następujące rodzaje przy realizacji fonemu /t/ w badanej grupie: tylna część języka z podniebieniem miękkim, grzbietowa część języka z podniebieniem twardym, wargą górną z apikalną częścią języka, struny głosowe przy dźwięku określanym jako zwarcie krtaniowe.

Jak widać, najwięcej dyslokacji poza jamą ustną występuje u osób z całkowitym obustronnym rozszczepem podniebienia pierwotnego i wtórnego. Z kolei w przypadku całkowitego jednostronnego rozszczepu podniebienia pierwotnego i wtórnego oraz rozszczepu podniebienia pierwotnego nie odnotowałam realizacji poza jamą ustną.

Odnośnie do dyslokacji w jamie ustnej najwięcej występowało ich u osób z całkowitym jednostronnym rozszczepem podniebienia pierwotnego i wtórnego.

4. Istota dyslokacji

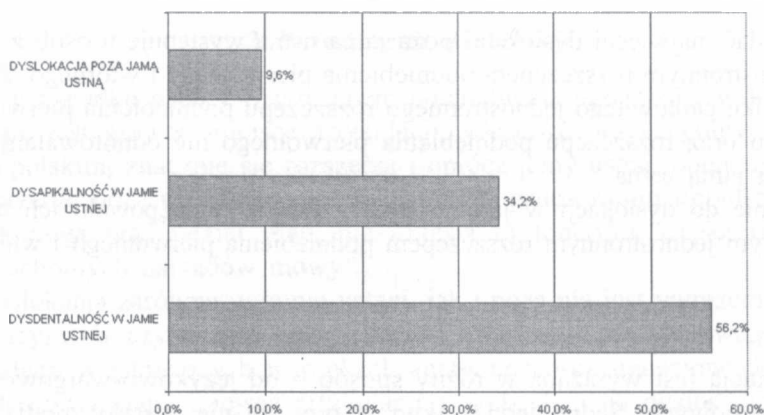
Dyslokacja jest wyrażana w różny sposób – od językowo-wargowości do zwarć krtaniowych. Sedno jednak tkwi w tym, że nie zostało zrealizowane normatywne miejsce artykulacji, którego opis zawarty jest w określeniach: dentalność i apikalność. A zatem **istota** nieprawidłowej realizacji fonemu /t/ odnośnie do miejsca artykulacji u osób z rozszczepem podniebienia polegała na **dysdentalności** i **dysapikalności**, a więc na braku zwarcia przedniej części języka z górnymi siekaczami z zachowaniem kontaktu wierzchołkowej części języka. Również realizacje poza jamą ustną (gardłowe, krtaniowe, nosowe) są wyrazem niezachowania normatywnego miejsca artykulacji. W analizie dyslokacje poza jamą ustną traktuję oddzielnie, gdyż są w swoim charakterze wyjątkowe i odmienne od dyslokacji w jamie ustnej (wykraczają poza przestrzenie ustalone przez fonetykę dla miejsca artykulacji spółgłosek polskich)¹¹, a ich występowanie świadczyć może m.in. o znacznej niewydolności podniebienno-gardłowej.

W tab. 3 i na wykresie 5 przedstawiono wyniki liczbowe dotyczące dysdentalności i dysapikalności oraz dyslokacji poza jamą ustną, natomiast na wykresie 6 te dane odniesiono do poszczególnych typów rozszczepów.

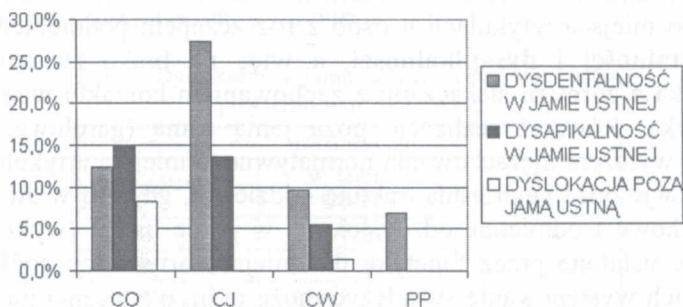
Tab. 3. Dysdentalność i dysapikalność w jamie ustnej i dyslokacja poza jamą ustną przy realizacji fonemu /t/

Dyslokacja ogółem		Dysdentalność w jamie ustnej		Dysapikalność w jamie ustnej		Dyslokacja poza jamą ustną	
CO	26	9	12,3%	11	15,1%	6	8,2%
CJ	30	20	27,4%	10	13,7%	0	0,0%
CW	12	7	9,6%	4	5,5%	1	1,4%
PP	5	5	6,8%	0	0,0%	0	0,0%
Razem	73	41	56,2%	25	34,2%	7	9,6%

¹¹ Dyslokacje poza jamą ustną traktuję jako **jedno z wielu** występujących u osób z rozszczepem **zachowań kompensacyjnych**, które obserwujemy przy realizacji fonemów języka polskiego, aczkolwiek wyjątkowe i nietypowe.



Wykres 5. Dysdentalność i dysapikalność w jamie ustnej i poza jamą ustną przy realizacji fonemu /t/



Wykres 6. Dysdentalność i dysapikalność w jamie ustnej i poza jamą ustną przy realizacji fonemu /t/ z uwzględnieniem typu rozszczepu

Z przedstawionych danych wynika, że dla osób z całkowitym jednostronnym rozszczepem podniebienia pierwotnego i wtórnego dyslokacja polegała głównie na dysdentalności, czyli braku kontaktu przedniej części języka z górnymi siekaczami. Z kolei w przypadku osób z całkowitym obustronnym rozszczepem podniebienia pierwotnego i wtórnego najczęściej występowała dysapikalność, która wyrażała się w dorsalności, i to – podkreślmy – najczęściej w mediodorsalności.

W przypadku osób z rozszczepem podniebienia pierwotnego nie wystąpił ani jeden przypadek dysapikalności.

5. Rodzaje dyslokacji

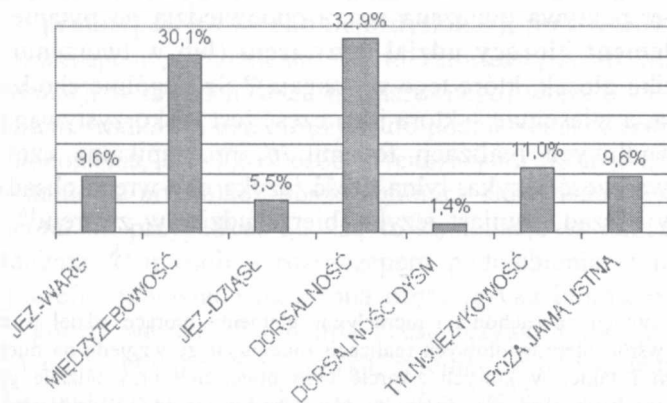
Przez **rodzaj dyslokacji** rozumiem szczegółowy sposób, w jaki jest wyrażane zaburzenie cechy normatywnej, np. dysdentalność wyrażana przez międzyzębowość¹². Innymi słowy – występująca międzyzębowość wskazuje, że nie jest prawi-

¹² B. Ostapiuk [1997 s. 129] ujmuje to zagadnienie nieco inaczej, używając przymiotników, np. dysdentalność tylna, dysdentalność międzyzębowa.

dłowo zrealizowana dentalność. Wskaźnikiem tego jest obserwowana artykulacja (międzyzębowość) oraz inne niż normatywne **brzmienie**, które to cechy oceniamy (w przypadku badania logopedycznego przeprowadzanego w przeciętnym gabinecie logopedycznym) poprzez porównanie tego, *co widzę i słyszę*, z opisem artykulacyjnym oraz uwewnętrznionym własnym wzorcem słuchowym badanej głoski.

Odnotowałam następujące rodzaje dysdentalności w jamie ustnej w przypadku realizacji fonemu /t/: językowo-wargowość, międzyzębowość, językowo-dziąsłowość, tylnojęzykowo-miękkopodniebienność (w skrócie: tylnojęzykowość). Dysapikalność wyrażała się w dorsalności (i w znikomym procencie w dorsalności dysmedialnej), która była niejednakowa, co oznacza, że w różnym stopniu grzbietowa część języka była wzniesiona w stosunku do różnych części podniebienia twardego. Ustalenie dokładnych parametrów w tym względzie wymagałoby jednak podjęcia innych niż moje badań i wykorzystania takich metod, jak np. rtg, usg. Jak wcześniej zaznaczyłam, realizacje poza jamą ustną są również wyrazem zaburzenia normatywnej artykulacji pod względem miejsca artykulacji, ale w analizie wyodrębniam je oddzielnie.

Na wykresie 7 zaprezentowano różne rodzaje dysdentalności i dysapikalności w jamie ustnej oraz dyslokacje poza jamą ustną.



Wykres 7. Różne rodzaje dysdentalności i dysapikalności w jamie ustnej oraz dyslokacje poza jamą ustną

Wyróżniają się dwa rodzaje dyslokacji – dorsalność i międzyzębowość. Jak przypuszczam, taki wynik badań jest związany głównie z istniejącymi obecnie i w przeszłości warunkami anatomiczno-czynnościowymi.

6. Kierunek dyslokacji

Miejsce artykulacji to „obszar maksymalnego zbliżenia → narządów mowy w obrębie → kanału głosowego” [Laskowski 1999 s. 356]. Procedura tworzenia impulsu (np. przy realizacji fonemu /t/) polega na wykorzystaniu nagłej zmiany ciśnienia powietrza uzyskanego przez stworzenie zwarcia, a następnie

rozwarciu powstałej blokady. Efektem tego procesu jest niezwykle krótki dźwięk, wybuch – ploszja [Jassem 1973 s. 132]. Utworzenie zwarcia wymaga więc dwóch elementów.

Strefą artykulacyjną przy realizacji fonemu /t/ są górne siekacze lub górne siekacze i dźwięki, a **ruchomym** narządem, który bierze udział w tworzeniu generatora impulsu, jest przednia część języka¹³. Nazwa głoski ze względu na główne miejsce artykulacji ma zazwyczaj charakter dwuczłonowy¹⁴.

Nieprawidłowa wymowa głoski t pod względem miejsca artykulacji może mieć różne oblicza. Tworzenie zwarcia odbywa się w różnych miejscach jamy ustnej z udziałem różnych części języka, a w przypadku realizacji poza jamą ustną wykorzystywane są np. tylna ściana gardła lub struny głosowe.

Dyslokacje w przypadku realizacji fonemu /t/ (i podobnie w przypadku dyslokacji dotyczących realizacji innych fonemów) możemy więc analizować z **trzech perspektyw**:

- Pierwsza z nich dotyczy tego, **jakie inne niż normatywne strefy jamy ustnej i poza jamą ustną zostały wykorzystane do utworzenia zwarcia** (w przypadku wadliwych realizacji fonemu /t/, np.: wargi górna, dźwięki, podniebienie twarde, podniebienie miękkie, tylna ściana gardła, struny głosowe)¹⁵.
- Druga perspektywa związana jest z odpowiedzią na pytanie: **jaki jest drugi element biorący udział w zwarcu** (lub w tworzeniu szczeliny w wypadku głosek, które tego wymagają)? Szczególnie chodzi tu o pracę języka, a właściwie – którą jego część jest wykorzystywana (w przypadku wadliwych realizacji fonemu /t/, np.: apikalna część języka, grzbietowa część języka, tylna część języka czy wręcz obsada) lub też jaki inny narząd, zamiast języka, bierze udział w zwarcu¹⁶.

¹³ Zwrócenie uwagi na ruchome i nieruchome elementy biorące udział w zwarcu jest o tyle istotne, że wśród nieprawidłowych realizacji fonemu /t/ ze względu na miejsce artykulacji odnotowałam i takie, w których zwarcie było utworzone przy udziale górnej wargi i apikalnej części języka, co oznacza, że obydwa elementy biorące udział w zwarcu są ruchome. Przy realizacjach językowo-wargowych górna warga była w różnym stopniu **aktywna**.

¹⁴ B. Rocławski [2000 s. 224] wyróżnia ze względu na główne miejsce artykulacji następujące głoski: dwuwargowe, wargowo-zębowe, przedniojęzykowo-przyzębowe (zębowe), przedniojęzykowo-przydźwiękowe (dźwiękowe), przednio-środkowojęzykowo-dźwiękowo-twardopodniebienne, tylnojęzykowo-miękkopodniebienne, języczkowe (uwularne).

¹⁵ B. Wierzchowska [1980 s. 49] wyróżnia dla **wszystkich** spółgłosek polskich następujące lokalizacje zwarcia i szczelin w jamie ustnej: wargi, krawędź górnych siekaczy, wewnętrzna powierzchnia górnych siekaczy, dźwięki, przednia część podniebienia twardego, tylna część podniebienia twardego, podniebienie miękkie. We wcześniejszej publikacji Wierzchowska [1965 s. 78] nazywa je strefami artykulacji spółgłosek w jamie ustnej. Porównując je ze strefami artykulacji, jakie odnotowałam przy realizacji fonemu /t/, zauważmy, jaka jest różnorodność w tym względzie w przypadku realizacji tylko **jednego** fonemu /t/ u osób z rozszerzonym podniebieniem.

¹⁶ W przypadku zwarcia kraniowych obydwa elementy biorące udział w zwarcu mają taką samą rangę, jeżeli chodzi o ich ruchomość, chyba że w wyniku zmian chorobowych może być inaczej.

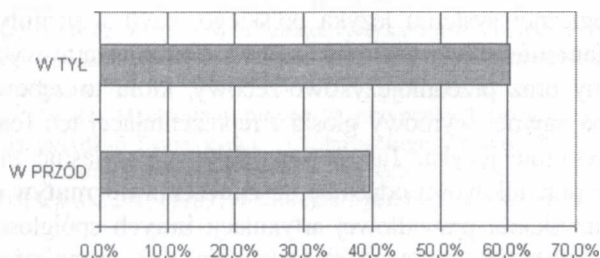
- Trzecia perspektywa dotyczy kierunku zmiany miejsca artykulacji w stosunku do miejsca normatywnego.

Nienormatywne miejsce artykulacji zajmuje inne położenie w przestrzeni jamy ustnej lub poza jamą ustną w stosunku do położenia określonego przez fonetykę. Dla ustalenia kierunku zmiany potrzebne jest wyznaczenie położenia danego punktu w przestrzeni. Niezbędny jest więc układ trzech płaszczyzn¹⁷, które przecinając się pod kątem prostym, rozgraniczają kierunki: **przód – tył, góra – dół, w lewo – w prawo**.

Ten sposób analizy wyników badań (z uwzględnieniem trzech płaszczyzn i sześciu kierunków) pozwoli na określenie, w jakim kierunku od normatywnego znajduje się nienormatywne miejsce artykulacji. Takie patrzenie dostarcza pewnego wglądu odnośnie do **roli narządów nasady i krtani**, które biorą udział w generowaniu impulsu w przypadku realizacji fonemu /t/ u osób z rozszczepem podniebienia, wykorzystania do artykulacji przestrzeni, które nie są objęte rozszczepem (np. krtani, gardło).

Jako przykład wykorzystania proponowanego sposobu analizy dyslokacji przedstawiam wyniki, które uwzględniają dwa kierunki zmiany artykulacji głoski – *przód i tył* (wykres 8). Jak widać, wyróżnia się kierunek – *w tył*. Nazywam go **prototypowym kierunkiem dyslokacji** przy realizacji fonemu /t/ u osób z rozszczepem podniebienia. Warto zauważyć, że **utylnienie** (zmiana miejsca artykulacji w tył od miejsca normatywnego) wiązało się u wielu osób ze **wzniesieniem** środkowej części języka do podniebienia twardego, tzw. artykulacja mediodorsalna, a u 9,6% osób z realizacjami poza jamą ustną.

Wykorzystanie do artykulacji poszczególnych sfer wiąże się udziałem drugiego elementu. W przypadku, gdy są to dyslokacje w jamie ustnej, przy realizacji fonemu /t/ u osób z rozszczepem podniebienia (i nie tylko) poszczególnej strefie odpowiada określona część języka biorąca udział w artykulacji, np. górnej wardze – apikalna część języka, krawędziom zębów – grzbietowa i dolna powierzchnia języka, podniebieniu twardego – dorsalna część języka, podniebieniu miękkiemu – tylna część języka.



Wykres 8. Kierunki zmiany miejsca artykulacji przy realizacji fonemu /t/

¹⁷ Układ trzech płaszczyzn, wykorzystywany jest m.in. w opisie twarzy i narządu żucia w ortopedii szczękowej [por. np. Masztalerz 1981].

A zatem ukazanie, w jakim kierunku następuje zmiana miejsca artykulacji, umożliwi pewien wgląd nie tylko odnośnie do wykorzystanych stref artykulacji, ale również pracy języka i innych narządów biorących udział w tworzeniu głównego miejsca artykulacji.

Jak przypuszczam, uzyskane wyniki badań mają związek głównie ze strukturą wady rozszczepowej i nieprawidłowo przebiegającymi funkcjami fizjologicznymi, takimi jak np. oddychanie i pobieranie pokarmów w anatomicznie zmienionych warunkach, których przebieg ma znaczenie m.in. dla kształtowania się artykulacji. Uzyskane wyniki badań wymagają dalszej analizy i wyjaśnienia oraz porównania z wynikami badań realizacji innych fonemów spółgłoskowych języka polskiego u osób z rozszczepem podniebienia.

Według przyjętego schematu można charakteryzować dyslokacje przy realizacji innych fonemów, uwzględniając: przestrzeń, istotę, rodzaje i kierunek zmiany w stosunku do normatywnego miejsca artykulacji.

IV. KRÓLOWA GŁOSEK

Uzyskanie przez osoby z rozszczepem prawidłowego miejsca artykulacji w przypadku głoski *t* jest, jak sądzę na podstawie moich doświadczeń w pracy z dziećmi, **znaczące** dla innych glosek. Głoska *t* „według mnie to «**królowa**» glosek i na jej bazie rozpoczynamy pracę nad innymi gloskami. Ponieważ w swojej pracy zdecydowanie preferuję metodę fonologiczno-fonetyczną, dlatego istotne znaczenie przypisuję uzyskaniu prawidłowej wymowy tej głoski. Niejednokrotnie obserwuję, że jeżeli logopeda nie dopilnuje wypracowania przedniojęzykowo-zębowej wymowy *t*, występują duże trudności w wywołaniu między innymi prawidłowych glosek syczących, ale nie tylko” [Pluta-Wojciechowska 1999 s. 158].

I. Nowakowska-Kempna [2000], analizując budowę prototypową dziecięcego systemu spółgłoskowego fonologiczno-fonetycznego i stosując kryterium frekwencywności oraz wykorzystując wiedzę o prototypach i prototypowej organizacji kategorii, ustaliła, że w systemie tym fonem */t/* znalazł się w centrum kategorii fonetyczno-fonologicznej systemu języka polskiego, czyli w **prototypowym centrum kategorii fonemów spółgłoskowych**, jako fonem zwarto-wybuchowy, nietrwały, dynamiczny oraz przedniojęzykowo-zębowy, która to zębowa artykulacja ułatwia nabycie poprawnej wymowy głoski *t* reprezentującej ten fonem w sposób podstawowy w systemie języka. Tak można próbować wyjaśnić zaobserwowane w praktyce pewne prawidłowości odnośnie do **znaczenia normatywnie wymawianej głoski *t*** dla uzyskania prawidłowej artykulacji **innych** spółglosek.

Trudno o uogólnienia dotyczące powiązania przestrzeni, istoty, rodzaju i kierunku zmiany miejsca artykulacji z danym typem rozszczepu na podstawie analizy realizacji jednego fonemu. Można jednak przypuszczać, że niektóre parametry dyslokacji mogą mieć związek z typem rozszczepu.

Bibliografia

- Antkowski F. (1962). Materiały do fonetyki mowy rozszczepowców. „Biuletyn Fonograficzny” 5, 45-55.
- Antkowski F. (1957). Patologia mowy w przypadkach „palatoschisis”. Tamże 2, 27-45.
- Antkowski F. (1960). Uwagi o rehabilitacji (retranspozycji) mowy. Tamże 3, 59-65.
- Arystoteles (1988). O duszy. Tł. P. Siwek, Warszawa.
- Bardach J. (1967). Rozszczepy wargi górnej i podniebienia, Warszawa: PZWL.
- Chapman K. (1993). Phonologic Processes in Children with Cleft Palate. „Cleft Palate Craniofacial Journal” 30, 1, 64-70.
- Chapman K. [i inni] (1992). Phonetic and Phonologic Skills of Two-year-olds with Cleft Palate. Tamże 29, 433-441.
- Dalton R. [i inni] (1988). Minimal Standards for Reporting the Results of Surgery on Patients with Cleft Lip, Palate, or Both: A Proposal. Tamże 25, 1.
- Encyklopedia Wiedzy o Języku Polskim (1978). Red. S. Urbańczyk, Wrocław-Warszawa-Kraków-Gdańsk: „Ossolineum”.
- Gałkowski T., Grossman J. (1987). Determinanty rehabilitacji zaburzeń mowy, Warszawa: AWF.
- Grossman J. [i inni] (1996). Analiza czynników determinujących wyniki rehabilitacji dzieci z rozszczepami podniebienia. W: Postępy rehabilitacji. Suplement II, 319-322.
- Henningson G. [i inni] (1986). Velopharyngeal Movement Patterns in Patients Alternating between Oral and Glottal Articulation: A Clinical and Cineradiographical Study. „Cleft Palate Craniofacial Journal” 23, 1.
- Henningson G. [i inni] (1987). Influence of Palatal Fistulae on Speech and Resonance. „Folia Phoniatrica” 39, 183-191.
- Hortis-Dzierzbicka M., Komorowska A. (1996). Wpływ warunków anatomicznych na rehabilitację mowy u dzieci z wadą rozszczepową twarzy. W: II Konferencja Robocza – rehabilitacja mowy. Rozszczep wargi i podniebienia, 19.
- Hortis-Dzierzbicka M. (1999). Rozszczep wargi i podniebienia – problematyka mowy rozszczepowej. W: Medycyna Wieku Rozwojowego, III, 3, 369-375.
- Jassem W. (1973). Podstawy fonetyki akustycznej, Warszawa.
- Kania J. T. (1982). Szkice logopedyczne, Warszawa.
- Kalisz R., Kubiński W. (1998). Dwadzieścia lat językoznawstwa kognitywnego w USA i w Polsce – próba bilansu. W: Językoznawstwo kognitywne. Wybór tekstów. Red. W. Kubiński, R. Kalisz, E. Modrzejewska, Gdańsk 1998, s. 7-27.
- Kowalski M. (1971). Zaburzenia czynnościowe w rozszczepie podniebienia. „Czasopismo Stomatologiczne” 24.
- Kubik P., Namysłowski G., Pisulska-Otremba A. (1995). Badanie słuchu u dzieci z rozszczepem podniebienia. „Annales Academiae Medicinae Silesiensis” 30.
- Kwiecień A., Dudkiewicz Z. (1996). Charakterystyka mowy dzieci z różnymi typami rozszczepu wargi i podniebienia W: II Konferencja Robocza – rehabilitacja mowy. Rozszczep wargi i podniebienia, 24.
- Łączkowska M. (1968). Mechanizm mowy w przypadkach rozszczepów wargi, zębodołu i podniebienia twardego i miękkiego. „Otolarygologia Polska” 27, 1.
- McWilliams B. J. [i inni] (1990). Cleft Palate Speech.
- Mitrinowicz-Modrzejewska A. (1963). Fizjologia i patologia głosu, słuchu i mowy, Warszawa: PZWL.
- Mitrinowicz-Modrzejewska A. [i inni] (1965). Wady rozwojowe podniebienia jako zaburzenia wieloukładowe, Warszawa. Rozprawy Wydziału Nauk Medycznych X, t. I, 33-123.
- Nowakowska-Kempna I. (2000). Jednostki językowe w analizie prototypowej, Katowice.
- Pitzner J. C., Morris H. L. (1966). Articulation Skills and Adequacy of Breath Pressure Ratios of Children with Cleft Palate. „Journal of Speech and Hearing Disorders” 31, 26-40.

- Ostapiuk B. (1997). Zaburzenia dźwiękowej realizacji fonemów języka polskiego – propozycja terminów i klasyfikacji. „Audiofonologia” 10, 117-136.
- Ostapiuk B. (2000). Warunki skuteczności logopedycznej terapii dyslalii ankyloglosyjnej. Rozprawa doktorska – Akademia Pedagogiki Specjalnej w Warszawie.
- Ostaszewska D., Tambor J. (1997). Podstawowe wiadomości z fonetyki i fonologii wspólnego języka polskiego, Katowice.
- Pisulka A. (1958). Zaburzenia wymowy przy rozszczepach i ortodontyczne możliwości pomocy logopedzie w ich leczeniu. „Czasopismo Stomatologiczne” 12.
- Pluta-Wojciechowska D. (2000). Językoznawczy model terapii mowy dziecka z rozszczepem podniebienia. W: Teoretyczne podstawy metod usprawniania mowy – Afazja – Zaburzenia rozwoju mowy, Warszawa, s. 109-123.
- Pluta-Wojciechowska D. (1999). Wybrane zagadnienia terapii mowy dzieci z rozszczepem podniebienia. „Logopedia” 1999, 10.
- Pruszevicz A. (red.) (1992). Foniatria kliniczna, Warszawa: PZWL.
- Rocławski B. (2001). Podstawy wiedzy o języku polskim dla glottodydaktyków, pedagogów, psychologów i logopedów, Gdańsk.
- Rosch E. (1978). Principles of Categorization. W: Cognition and Categorization. Ed. E. Rosch, B. Lloyd, New Jersey, s. 27-48.
- Stecko E. (1996). Znaczenie oceny i wczesnej stymulacji logopedycznej dziecka z rozszczepem wargi i/lub podniebienia. W: II Konferencja Robocza – rehabilitacja mowy. Rozszczep wargi i podniebienia.
- Styczek I. (1981). Logopedia, Warszawa: PWN.
- Tronczyńska J. (1967). Leczenie foniatryczne rozszczepów podniebienia. W: J. Bardach. Rozszczepy wargi górnej i podniebienia, Warszawa: PZWL, s. 310-330.
- Tronczyńska J. (1968). Wpływ zaburzeń szczękowo-zgrzyzowych na rozwój mowy u dzieci z rozszczepami podniebienia. „Czasopismo Stomatologiczne” 22.
- Tronczyńska J. (1968). Zaburzenia słuchu i czynności trąbki Eustachiusza w rozszczepach podniebienia. „Otolaryngologia Polska” 22, 3.
- Trost J. E. (1981). Articulatory Additions to the Classical Description of the Speech of Persons with Cleft Palate. „Cleft Palate Craniofacial Journal” 18, 193-203.
- Wierchowaska B. (1965). Wymowa polska, Warszawa.
- Wierchowaska B. (1980). Fonetyka i fonologia języka polskiego, Wrocław-Warszawa-Kraków-Gdańsk.
- Wyatt R. [i inni] (1996). Cleft Palate Speech Dissected: A Review of Current Knowledge and Analysis. „British Journal of Plastic Surgery” 49, 143-149.
- Zdunkiewicz-Jedynak D., Hortis-Dzierzbicka A. (2000). Lingwistyczne podstawy oceny i dokumentacji zaburzeń mowy u dzieci z wadą rozszczepową twarzy. W: Teoretyczne podstawy metod usprawniania mowy – Afazja – Zaburzenia rozwoju mowy, Warszawa, s. 125-149.
- Van Demark D. R. (1974). Assessment of Articulation for Children with Cleft Palate. „Cleft Palate Craniofacial Journal” 11, 200-208.
- Van Demark D. R. (1979). Patterns of Articulation Abilities in Speakers with Cleft Palate. Tamże 16, 230-239.
- Van Demark D. R. (1997). Diagnostic Value of Articulation Tests with Individuals Having Clefts. „Folia Phoniatica et Logopaedica” 49, 147-157.