

BARBARA OSTAPIUK

Uniwersytet Szczeciński
Katedra Pedagogiki Specjalnej

Standard postępowania logopedycznego w dyslalii ankyloglosyjnej

The Standard of Logopedic Treatment in Ankyloglossic Dyslalia

Głoska jako wielowymiarowe zjawisko fizyczne i psychiczne oraz podstawa rozwoju mowy i ludzkiego „obcowania językowego”¹ jest przedmiotem badania wielu dyscyplin i subdyscyplin naukowych. Każda z nich bada głoskę z perspektywy własnej teorii i własnych celów, interesując się bardziej głoską-dźwiękiem (akustyka, fonetyka akustyczna, foniatria, audiologia) albo głoską-ruchem-obrazem (fonetyka artykulacyjna, fonetyka wizualna, foniatria), albo głoską-wartością fonemową (fonologia, psycholingwistyka). Logopedyczne badania głosek prowadzone są także z różnych perspektyw teoretycznych, z zastosowaniem niejednakowych kryteriów i metod oceny, z odniesieniem do fonemów lub w oderwaniu od nich. Standaryzacja logopedycznego postępowania diagnostycznego i terapeutycznego wadliwej wymowy jest ściśle związana z przyjętą perspektywą teoretyczną wobec wymowy prawidłowej i warunków jej tworzenia oraz objawów, przyczyn, patomechanizmów wymowy nieprawidłowej.

PRZYJĘTE TEORETYCZNE PODSTAWY STANDARYZACJI

Za poprawną uznaję wymowę, w której wszystkie fonemy realizowane są prawidłowo (mają postać głoski podstawowej lub wariantu kombinato-

¹ Warto wrócić do celnych określeń: „międzyjednostkowe obcowanie językowe”, „osobniki ludzkie, a raczej pojedyncze głowy ludzkie oraz należące do nich inne części organizmu w ten lub ów sposób ujęzykowane”, których blisko 100 lat temu użył Jan Baudouin de Courtenay w artykule *Charakterystyka psychologiczna języka polskiego* (1915 w: J. Baudouin de Courtenay, 1984).

rycznego). Poprawność wymowy uważam za naruszoną, gdy choćby jeden fonem realizowany jest odmiennie — z reguły nieprawidłowa realizacja dotyczy więcej niż jednego fonemu.

Umiejętność tworzenia prawidłowych głosek kształtuje się u dziecka przez kilka lat i zależy od: 1) kontaktu ze źródłem wiedzy o głoskach i fonemach oraz ich funkcjonalnej użyteczności (obcowanie dziecka z mówionymi tekstami językowymi w społecznym kontakcie); 2) kompetencji fonemowej, kształtowanej w toku rozwoju mowy dzięki układowi sprawności odbiorczych i zdolności człowieka do „nadawania znaczeń” ludzkim zachowaniom² (zob. S. Grabias, 2000, 2007) — np. powiązanie wibracyjności z jej fonemową wartością w opozycji do awibracyjności innych fonemowych wartości w systemie wszystkich dźwięków; 3) kompetencji fonetycznej kształtowanej obok kompetencji fonemowej w tym samym układzie sprawności odbiorczych — np. odróżnianie prawidłowych głosek drżących od nieprawidłowych; 4) intencji fonemowej — składnik intencji komunikacyjnej (zamiar przekazania rozmówcy określonej treści za pomocą wybranych wartości fonemowych — przypadkowe lub echolaliczne formy nie spełniają tego warunku); 5) intencji fonetycznej — zamiaru przekazania rozmówcy fonemu w prawidłowej postaci fonetycznej, np. wibracja przedniojęzykowo-dziąsłowa; 6) sprawności realizacyjnej — tj. wykonania właściwych zespołów pozycji i ruchów oddechowo-fonacyjno-artykulacyjnych.

Każdy warunek — stosownie do jego znaczenia — należy uwzględnić w procedurze diagnostycznej, biorąc także pod uwagę jego powiązania z innymi warunkami³.

Jeśli naruszenie poprawności wymowy (fonemowe i/lub fonetyczne) jest wynikiem patomechanizmów w zakresie odbioru głosek i/lub tworzenia systemu fonemów i/lub ich realizowania, wymowę uważam za wadliwą, a logopedyczną opiekę za zasadną i wskazaną, także przed 7. rokiem życia, bez

² Szeroko rozumiana zdolność człowieka do „nadawania znaczeń” ludzkim zachowaniom (S. Grabias, 2007) obejmuje zdolność do wylławiania z sekwencji głosek ich wartości fonemowych (systemowych).

³ Badania diagnostyczne powinny obejmować tylko czynności niezbędne i zarazem konieczne do postawienia diagnozy, np. bezzasadne jest badanie słuchu fonemowego u osoby rozumiejącej teksty językowe (m.in. sensownie odpowiadającej na pytania), tworzącej (nie: odtwarzającej) teksty językowe z użyciem głosek, których mankamenty nie dotyczą cech fonemowych (deformacje), zbędne jest badanie wszystkich opozycji fonemowych u osoby z pozafonemową realizacją jednego fonemu, np. /r/ w postaci [l] (trenowanie biegłości w fonemowym różnicowaniu głosek w terapii może być zasadne nawet wtedy, gdy dziecko ma prawidłowy słuch fonemowy, m.in. ze względu na naukę czytania i pisanie), bezzasadne jest pogłębianie procedury diagnostycznej, a tym bardziej stwierdzanie zaburzeń odbioru głosek u osoby, której wymowa jest prawidłowa.

względem na formę realizacji (elizja, substytucja, deformacja). Błędy wymowy⁴, przejęzyczenia⁵, dziecięce artykulacje (fizjologiczne)⁶, choć naruszają normę wymowy, logopedycznego usprawniania nie wymagają⁷.

W proponowanym standardzie diagnostycznym odrzucam więc kryterium wieku, które każdą dziecięcą odmienną wymowy pozwala uznać za zjawisko rozwojowe⁸ oraz kryterium lingwistyczno-metrykalne, które przed 5.–7. rokiem życia tylko deformacje pozwala uznać za patologię. Ścisłe stosowanie któregoś z tych kryteriów eliminuje wcześniejszą logopedyczną opiekę, nawet wtedy, gdy jest ona konieczna, możliwa czy wskazana (wątpliwości przedstawiam w: B. Ostapiuk, 2002), o czym pozwala decydować kryterium etiologiczne.

Wskazanie określonego systemu fonemów⁹ i jego prawidłowych głoskowych realizacji jest niezbędną podstawą badania jakości wymowy, a przede

⁴ Błędy wymowy są „nieświadomym odstępstwem od współczesnej normy językowej” (*Praktyczny słownik...*, 1999, 402) i wymagają wyłącznie kształtowania fonetycznej świadomości. Wynikają z nieznamomości normy wymowy (co może mieć miejsce m.in. w wielojęzycznym czy gwarowym środowisku), nie zaś z niemożności jej poznania lub realizowania.

⁵ Przejęzyczenia mają charakter okazjonalny, a towarzysząca im autokorekta świadczy o znajomości normy. Zdolność do jej natychmiastowego wykonania — o prawidłowych mechanizmach wymowy.

⁶ Niedojrzałe dziecięce artykulacje samoistnie przeobrażają się — wraz z fizycznym i psychicznym rozwojem dziecka — w prawidłowe dzięki jego własnej aktywności oraz naturalnym (nie specjalnym) wpływom mówiącego otoczenia. Złożony proces kształtowania wymowy obejmuje wiele operacji zmysłowych i umysłowych wykonywanych przez dziecko obcujące z mówionymi tekstami otoczenia i trwa kilka lat. Ostateczna jakość wymowy dziecka zależy od jakości utrwalonych w jego umyśle fonemów oraz od możliwości i umiejętności ich przełożenia na względnie jednocześnie zespolony pozycji i ruchów oddechowo-fonacyjno-artykulacyjnych (PiROFA), czyli głoski (B. Ostapiuk, 1993). Oczywiście jest zatem, że dzieciom przyznajemy prawo do tworzenia zmiennych i niedoskonałych realizacji fonemów, odbiegających od „dorosłej” normy. Cezura między „dziecięcą” a „dojrzałą” wymową nie jest precyzyjnie wyznaczona — przypada na 5.–7. rok życia, a odróżnianie patologii od fizjologii w dziecięcej wymowie nie jest jednoznaczne, przede wszystkim ze względu na podobieństwo objawów (B. Ostapiuk, 2002).

⁷ 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” (S. Grabias, 2000, 30; podkr. — B.O.).

⁸ „To samo zjawisko” można uznać za patologiczne, więc warte uwagi logopedy „po przekroczeniu pewnej granicy wieku”, „choć obiektywnie biorąc” — jak podkreśla J. T. Kania (1967, 176) — „żadna zmiana wymowy” nie nastąpiła.

⁹ Każdy język operuje ograniczoną liczbą fonemów. W tym samym języku można wskazać różną „ograniczoną liczbę fonemów”. W sprawie systemu fonemów języka polskiego nie ma zgodności wśród językoznawców. Zestawienie trzech systemów fonologicznych języka polskiego (Z. Stieberta — 42 fonemy, W. Jassem — 38 fonemów, B. Roślów-

wszystkim interpretacji stwierdzonych niedoskonałości¹⁰. Badacze wadliwej wymowy nie zawsze jasno deklarują swój wybór.

POSTĘPOWANIE DIAGNOSTYCZNE

Za podstawę postępowania diagnostycznego uważam: 1) fonemowo-fonetyczną ocenę jakości dźwięków w mowie, 2) drogę prowadzącą człowieka do tworzenia głosek (od głoski słuchanej poprzez fonem do głoski mówionej), 3) związek między jakością odbiorczego i wykonawczego aparatu wymowy a jakością dźwięków mowy w nim tworzonych.

Celem postępowania diagnostycznego jest wskazanie przyczyny wadliwych realizacji fonemów, co pozwala na podjęcie terapii przyczynowej. Ustalenie przyczyny (lub jej usunięcie) nie zawsze jest możliwe — czasem więc terapia z konieczności ograniczona jest do korygowania objawów.

FONEMOWO-FONETYCZNA OCENA JAKOŚCI DŹWIĘKÓW W LOGOPEDYCZNYM BADANIU

Celem fonemowo-fonetycznej oceny jakości wymowy jest wyłonienie fonemów, których realizacja jest wadliwa. Ponadto należy ustalić formy wadliwych realizacji (zerofonemowe, pozafonemowe, pozafonetyczne) oraz zasób cech brakujących (np. wibracyjność) i zasób cech niepożądanych (np. a-, dyswibracyjność), co z jednej strony pozwala ukierunkować kolejne czynności diagnostyczne, a z drugiej — po ustaleniu typu wadliwych realizacji i badaniu aparatu wymowy — pozwala wiązać rodzaj niepożądanych cech z czynnikami, które decydują o ich powstawaniu, np. niepożądana dorsalność a określona wada anatomiczna: ankyloglosja, wada zgryzu itd. (pożądane i niepożądane cechy w: B. Ostapiuk, 1997).

skiego — 37 fonemów) przedstawione jest w książce *Podstawy wiedzy o języku polskim dla glottodydaktyków, pedagogów, psychologów i logopedów* (B. Rocławski, 2005, 197–199). „Różnice, które są problemami spornymi polskiej fonologii, dotyczą sporej liczby fonemów. W rzeczywistości problem sprowadza się do fonemów /i, y, ɛ, ą/. Obecność lub brak w określonych systemach fonologicznych innych fonemów w zasadzie jest konsekwencją przyjętych dla tych fonemów rozstrzygnięć. W wypadku przyjęcia fonemu /i/ a odrzucenia odrębnego fonemu /y/ system fonologiczny musimy wzbogacić o co najmniej kilka fonemów miękkich (...). Jeśli w systemie fonologicznym nie uwzględnimy /ɛ/ i /ą/, to musimy przyjąć fonem /ɲ/” (B. Rocławski, 2005, 196, 200).

¹⁰ Na przykład w przypadku wymowy [plasek] (ort. *piasek*) w jednym systemie fonemowym (bez miękkich dwuwargowych) logopedyczny problem dotyczy fonemu /j/ (głoska [j] zamiast [j]) i sprowadza się do ustalenia przeszkody w tworzeniu miękkości, w innym systemie (z dwuwargowymi miękkimi) — problem dotyczy fonemu /i/ i jego dwuelementowej realizacji [pl].

Według kryterium ortofonicznego za wadliwe należy uznać realizacje, których brzmienie jest wadliwe. Według kryterium estetycznego wadliwe są także realizacje „prawie dobrze”, a nawet „dobrze” brzmiące z widoczną wadliwą budową. Najwięcej wątpliwości budzą realizacje „prawie dobrze” brzmiące o niewidocznej na zewnątrz wadliwej budowie (np. dorsalne, dysmedialne, zębowe realizacje fonemu /l/). Według kryterium etiologicznego wadliwe są nie tylko realizacje wadliwie brzmiące (efekt wadliwej budowy), ale także realizacje, których budowa jest wadliwa, a brzmienie jest, a raczej wydaje się, prawidłowe. Najbardziej liberalne jest kryterium zrozumiałości.

Prawidłową realizację fonemu uzyskuje się w terapii wyłącznie dzięki zmianie budowy artykulacyjnej wadliwej realizacji, więc konieczność badania budowy głosek wadliwie brzmiących nie budzi najmniejszych wątpliwości (bez badania budowy nie da się ustalić, jakie zmiany należy wprowadzić). Wahania i rozterki dotyczą potrzeby badania budowy głosek, których brzmienie wydaje się prawidłowe. Nie jest też oczywiste, czy w terapii należy ich wadliwą budowę korygować. Wątpliwości maleją, gdy weźmiemy pod uwagę fakt, że w logopedycznej terapii obficie korzysta się z głosek „pomocniczych”, np. do wywołania [cz] służy [t_{dziąsłowe}], do utrwalania [cz] najlepszym koartykulacyjnym sąsiedztwem jest [u]. Czy można sądzić, że wadliwa budowa głoski pomocniczej nie wpływa na efekty wywoływania głosek metodą fonetycznych przekształceń oraz utrwalania głosek w logopedycznej terapii?

Dominacja kryterium ortofonicznego prowadzi do fałszywych interpretacji przyczynowo-skutkowych wadliwej wymowy, co z kolei wzmacnia przekonanie o niewielkim znaczeniu szczegółowej obserwacji wzrokowej i decydującej roli wrażenia audytywnego w ocenie głoski. Na przykład wadliwe realizacje fonemu /l/ uważa się za rzadkie (w przeciwieństwie do innych dźwiękowych). We własnych badaniach u osób z krótkim wędzidełkiem języka wadliwe realizacje /l/ notuje prawie tak samo często (aż 91%), jak wadliwe realizacje /sz, ż, cz, dź/ (95%) i /r/ (97%). Oznacza to, że w niedoskonałych warunkach anatomicznych poprawna realizacja każdego fonemu dźwiękowego jest tak samo trudna (równie rzadka): każda prawidłowa głoska dźwiękowa wymaga pełnej swobody języka do ząbówowej pionizacji, a ograniczenie ruchu przedniej części języka wywiera negatywny wpływ i na realizacje /r, sz, ż, cz, dź/, i na /l/. Fakt, że skutki akustyczne tego ograniczenia w przypadku bocznego fonemu /l/ są zdecydowanie łagodniejsze niż w przypadku drżącego /r/ i dentalizowanych /sz, ż, cz, dź/ sprawia, że wadliwe głoski boczne pochopnie uznaje się za prawidłowe, czemu oczywiście sprzyja słuchowa strategia diagnostyczna¹¹.

¹¹ Wadliwej budowy wariantów realizacyjnych /l/ z zachowanym bocznym przepływem nie dostrzega się, gdyż pole realizacji fonemu /l/ jest wyjątkowo szerokie. Rozmaite

Ustalenie stopnia wadliwej realizacji (nieznaczny, średni, znaczny) pozwala dokładniej oszacować skutki wadliwej wymowy. Pomaga też planować kolejność postępowania w terapii i chroni przed tendencją do poszerzania pola prawidłowej realizacji fonemu (charakterystyczną w ocenie jakości wymowy według kryterium zrozumiałości oraz według kryterium ortofonicznego). Dzięki poszerzeniu skali oceny można dokładniej ocenić związek między rodzajem i nasileniem anatomicznej wady (zgryzu, podniebienia, języka) a zasobem, rodzajem i nasileniem wadliwych realizacji fonemów.

OD GŁOSKI SŁUCHANEJ DO GŁOSKI MÓWIONEJ

Jeśli przyjmiemy, że „język jest tworem społecznym, który przychodzi do pojedynczego człowieka ze świata zewnętrznego” (S. Grabias, 2007, 357) w postaci głosek — dźwiękowych realizacji fonemów, że od ich słuchania zaczyna się złożony zmysłowo-umysłowy proces, który prowadzi „pojedyncze ludzkie osobniki” niemowlęce do stanu ufonemowienia¹² i „użytkownia”, czy — szerzej rzecz ujmując — do „interakcji językowej” (zob. S. Grabias, 2007), której elementarnym składnikiem jest identyfikowanie głosek (jako fonemów), a następnie tworzenie głosek, to pierwszorzędą różnicową czynnością diagnostyczną jest ustalenie, z jaką kategorią (typem) niepożądanych zjawisk mamy do czynienia: wadliwych wtórnie (konsekwencja zaburzeń kompetencji) czy wadliwych pierwotnie (nieprawidłowa realizacja prawidłowej kompetencji).

WTÓRNY TYP WADLIWEJ WYMOWY — NIEPRAWIDŁOWA KOMPETENCJA (FONEMOWA, FONETYCZNA) I PROCEDURA JEJ BUDOWANIA

Dziecko już w okresie prenatalnym obcuje z dźwiękami, a po urodzeniu — dzięki układowi sprawności odbiorczych i zdolności do „nadawania znaczeń” ludzkim zachowaniom (zob. przyp. 2.) — szybko odkrywa, że niektóre dźwięki mają moc wyjątkową: mogą oznaczać coś, czym same nie są. Niemowlę już po kilku miesiącach życia w mówiącym otoczeniu rozpoznaje

głoski boczne z wadliwą blokadą pośrodkowego przepływu powietrza (np. zębową [l1], dorsalną [l2], dysmedialną [l3], doprzednią [l4]) brzmią „prawie tak samo” jak głoska boczna [l] z prawidłową apikalno-alweolarną, medialną blokadą i mogą uchodzić za brzmiające „tak samo”, więc prawidłowe. W literaturze *expressis verbis* wyraża się przekonanie o niezależności brzmienia od wadliwej budowy w realizacji /l/, np.: „Obserwowana przeze mnie przy krótkim wędzidelku artykulacja dorsalna tej głoski [mowa o l — dopisek B.O.] (przednia część grzbietu języka tworzyła zware z górnymi dźwiękami) nie wpływała na brzmienie dźwięku” (A. Soltys-Chmielowicz, 2008, 121; podkr. — B.O.).

¹² Na określenie ludzkiej zdolności do tworzenia systemu fonemowego w umyśle proponuję — na wzór słowa „użytkownia” (J. Baudouin de Courtenay, 1915) — słowo ufonemowienie (akcentuje inny aspekt kompetencji fonemowej).

wiele językowych sekwencji fonicznych i wie, co która oznacza (rozumie mowę), po kilku następnych niektóre umie tworzyć — zaczyna mówić (zob. B. Rocławski, 2001).

Głoski słuchane — porównywane, klasyfikowane w grupy „głosek spokrewnionych akustycznie, które mogą się wzajemnie zastępować bez zmiany znaczenia wyrazów” (B. Rocławski, 2001, 14) — stają się podstawą fonemów¹³, a te z kolei — podstawą głosek mówionych. 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 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 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 (B. Ostapiuk, 2002).

Różne przeszkody w odbieraniu (słuchem, wzrokiem, czuciem) i interpretacji głosek (np. wada słuchu, zaburzenia słuchu fonemowego, niedoskonałość pamięci słuchowej) nieuchronnie prowadzą do afonemii/dysfonemii (B. Ostapiuk, 1997, 120), co całkowicie (lub częściowo) uniemożliwia (lub utrudnia) „ujęzykowanie” niemowlęcia oraz rozumienie mowy i — w konsekwencji — prowadzi do braku głosek (alalia wtórna) lub tworzenia wadli-

¹³ B. Rocławski (2001) 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. 15), sceptycznie ocenia koncepcję odwoływania się do cech dystynktywnych akustyczno-audytywnych („Czy to zadanie nie przekracza umiejętności rocznego dziecka?” — s. 15). Wątpi też „byśmy kiedykolwiek uzyskali pełną odpowiedź na to pytanie” (s. 15) i przychyliła się do koncepcji globalnego spostrzegania głosek i ich klasyfikacji na głoski podobne ze względu na funkcję w języku (s. 15-16).

wych (dyslalia wtórna), nawet w przypadku prawidłowych warunków do wymawiania¹⁴.

Usprawnianie wymowy wtórnie wadliwej wymaga w pierwszej kolejności zastosowania procedury budowania kompetencji językowej (lub odbudowywania kompetencji w przypadku jej utraty) w zakresie systemu fonemowego (zob. S. Grabias, 2000). Odpowiednie strategie postępowania w ramach tej procedury pozwalają przezwyciężyć (czasem tylko częściowo) przeszkodę w naturalnym nabywaniu umiejętności tworzenia głosek (lub jej przywróceniu). Na przykład w przypadku głuchoty głoski-dźwięki są bezużyteczne jako podstawa fonemów, więc w logopedycznym postępowaniu torowanie drogi do fonemów przenosi się z głosek-dźwięków na głoski-obrazy. Liczne cechy fonemowe, słyszalne w głosce-dźwięku, nie są jednak widoczne w głosce-obrazie (np. dźwięczność/bezdźwięczność), należy zatem zastosować dodatkową strategię różnicowania jednakowych głosek-obrazów (np. [p]=[b]=[m]), która pozwala niesłyszalne uwidocznic, np. „dołączając” do głoski-obrazu różnicujące gesty ręki, jak w metodzie Cued Speech, którą do języka polskiego zaadaptowała Kazimiera Krakowiak (2006), dając jej celną nazwę fonogesty¹⁵.

¹⁴ Mechanizm „ufonemowienia” głosek odróżnia ludzką mowę od jej pozorów. Przykładem „nieufonemowionego” naśladowania ludzkiej mowy są odgłosy niektórych ptaków, jak papugi, gwarki, zdolne — jak urządzenie mechaniczne — do odtwarzania głosek, ale nie do ich tworzenia. Objasnianie naśladownictwem ludzkich zdolności do poznania mowy i mówienia jest daleko idącym uproszczeniem.

¹⁵ Logopedzi wykorzystują w terapii indywidualne gesty symbolizujące niewidoczne cechy głosek niezależnie od metody fonogestów, co pomaga pojedynczemu pacjentowi w poznawaniu cech głosek (a zatem fonemów), ale — w przypadku równoległej współpracy z więcej niż jednym logopedą lub zmiany logopedy (z reguły wielokrotnej w wieloletniej terapii) dziecko zmuszone jest do poznawania innych gestów innego logopedy, co nie ułatwia kształtowania systemu fonemów (i systemu znaków), a ponadto nie daje się wykorzystać w obcowaniu językowym z innymi osobami. W przypadku głuchoty klucz fonogestowy (jak żaden inny) otwiera drzwi do systemu fonemów (i fonemowych znaków) naturalnego języka, a niesłysząca osoba, która z użyciem fonogestów system fonemów (i znaków) języka poznała, może rozmawiać z każdą fonogestującą osobą. Do poznania fonogestów wystarcza — jak wiadomo z badań Kazimierzy Krakowiak — zaledwie kilkadziesiąt godzin (metoda „nie wymaga wielkich nakładów finansowych (...), nie ma konieczności długotrwałego kształcenia specjalistów. Potrzebne jest zaangażowanie i dobre przygotowanie logopedów, nauczycieli i rodziców (...) Techniki mówienia z fonogestami można nauczyć się na kursie trwającym zaledwie dziesięć dni. Biegłość w ich stosowaniu opanowuje się w czasie nie dłuższym niż jeden rok, jeśli używa się ich codziennie” (K. Krakowiak, 2006, 191)). Trudno zrozumieć, dlaczego system fonogestów nie jest powszechnie stosowany w surdologopedii i surdopedagogice. O walorach fonogestów nie trzeba przekonywać tych, którzy rozwój mowy widzą jako drogę od głoski słuchanej poprzez fonem do głoski mówionej, a podstawy logopedycznej diagnozy i terapii ściśle wiążą z fonetyką i fonologią. Takie stanowisko też nie jest jednak w logopedii powszechne i nawet *expressis verbis* bywa

Wskazaniem do badania stanu kompetencji fonemowej są następujące objawy: brak głosek (brak mowy), brak cech fonemowych w tworzonych realizacjach (tradycyjnie: substytucje i elizje) oraz brak/niedoskonałości rozumienia mowy. Wskazaniem do badania stanu kompetencji fonetycznej są niepożądane cechy fonetyczne w realizacjach fonemów (tradycyjnie: deformacje), które — jeśli nawet wynikają z niedoskonałej kompetencji fonetycznej — związku z rozumieniem mowy nie mają.

Specjalnej, osobnej uwagi wymaga mówienie echolaliczne. Powstaje wątpliwość czy odtwarzanie tekstów (w tym odtwarzanie głosek) jest wywołane taką intencją komunikacyjną (w tym fonemową), jaka poprzedza prawidłowe obcowanie językowe. W przyjętym rozumieniu relacji między głoską, fonemem i intencją fonemową, echolalia jest pseudomówieniem.

Weryfikacja kompetencyjnej hipotezy diagnostycznej wymaga zbadania wszystkich czynników, które uznajemy za niezbędne do tworzenia kompetencji fonemowo-fonetycznej (różne rodzaje słuchu, uwaga i pamięć słuchowa, a także wzrokowa i czuciowa, sprawność przetwarzania linearnego materiału fonetycznego w systemowy porządek fonemów) oraz oceny rozumienia mowy, które bez kompetencji fonemowej jest niemożliwe, w toku rozwoju kształtuje się wcześniej niż mówienie (oddzielnym problemem jest relacja między tymi umiejętnościami w przypadku utraty rozumienia mowy w afazji¹⁶). Można zatem przyjąć, że brak rozumienia mowy lub jego zaburzenia przemawiają za kompetencyjnym źródłem niedostatków stwierdzonych w mówieniu, a prawidłowe rozumienie mowy wyklucza kompetencyjną hipotezę diagnostyczną, wskazując zarazem przeciwny kierunek diagnostyczny: realizację.

Subiektywny charakter większości badań służących do oceny jakości kompetencji językowej (w tym fonemowej) i czynników, które ją warunkują sprzyja błędom w badaniu, w interpretacji faktów. Oceniając więc np. rozumienie mowy, trzeba pamiętać, że brak oczekiwanych reakcji: językowych (np. odpowiedzi na pytania) lub niejęzykowych (np. wykonywanie poleceń, gesty, mimika) może oznaczać nie tylko brak kompetencji językowej badanego, ale także niechęć bądź niemożność jej manifestowania, a nawet przeko-

kwestionowane (zob. J. Surowaniec, 1994, 75). Jedynym mankamentem fonogestów jest zwolnienie tempa mowy, ale to niewielka cena, jaką słyszący rozmówca osoby niesłyszącej płaci za lepszą jakość obcowania językowego. Dzięki fonogestom system fonemów jest dostępny, drzwi do języka są przed niesłyszącym dzieckiem szeroko otwarte, co upoważnia do nazywania fonogestów „cud-metodą” (jak w nawiązaniu do oryginalnej nazwy żartobliwie mówi o fonogestach Autorka polskiej adaptacji).

¹⁶ „Inaczej należy analizować zaburzenia słuchu fonemowego wtedy, gdy są one spowodowane uszkodzeniem mózgu. (...) Jeśli uszkodzenie mózgu nastąpiło po pełnym wykształceniu się kinestezji artykulacyjnej, to zaburzeniem słuchu fonemowego mogą towarzyszyć poprawne artykulacje” (B. Rocławski, 2001, 22).

re¹⁷ albo nieprawidłowe rozumienie instrukcji (w tym także dezorientację ze względu na rodzaj materiału użytego w badaniu, np. niejednoznaczne obrazy, pseudojęzyk, nazywany Nieznanym, Chińskim), że wykonanie poleceń, interpretowane jako potwierdzenie rozumienia mowy, w rzeczywistości może być złudzeniem badającego, który nieświadomie użył komunikacji parajęzykowej i nie zauważył, że badany ją wykorzystał.

Z drugiej strony patrząc — prawidłową mowę (wymowę) trzeba (nie tylko można) uznać za świadectwo prawidłowej kompetencji językowej (fonemowej), co jednak nie jest powszechnie uznawane. Błędne wiązanie niedostatków wymowy z jakością kompetencji językowej (fonemowej) może prowadzić do uszczuplenia lub niepotrzebnej rozbudowy procesu diagnostycznego, a także fałszywych interpretacji faktów i w konsekwencji do błędów diagnostycznych, a następnie terapeutycznych. W proponowanej procedurze diagnostycznej stan kompetencji fonemowej jest punktem wyjścia, wspomnianej różnicy zdań poświęcę więc uwagę.

WTÓRNY TYP WADLIWEJ WYMOWY — DYGRESJA O KOMPETENCJI FONEMOWEJ. ZASADNOŚCI JEJ BADANIA I BŁĘDACH DIAGNOSTYCZNYCH

Zaburzenia słuchu fonemowego (nazywanego też fonematycznym) wskazywane są w literaturze logopedycznej jako jedna z najważniejszych (np. H. Rodak, 1992, 26) i najczęstszych (np. E. M. Skorek, 2001, 54) przyczyn wadliwej wymowy¹⁸. Niektórzy badacze, np. B. Rocławski (2001), zaburzenia słuchu fonemowego u dzieci w wieku przedszkolnym („bez zaburzeń słuchu, bez obniżonej normy intelektualnej”) uważają za niezwykle rzadkie (moje doświadczenia są podobne). W literaturze trudno znaleźć przekonujące przykłady ich występowania.

Z badań M. Lipowskiej przedstawionych w książce *Profil rozwoju kompetencji fonologicznej dzieci w wieku przedszkolnym* (2001) wynika, że zaburzenia słuchu fonemowego są równie częste u dzieci z wadą wymowy¹⁹

¹⁷ Warto zwrócić uwagę na książkę Sławomira Śniatkowskiego *Milczenie i pauza w gramatyce nadawcy i odbiorcy. Ujęcie lingwoedukacyjne*, którą w interesującej recenzji omawia Aneta Domagała (2002, 253–256).

¹⁸ Apriorycznie wiązane są z substytucją („przyczyna substytucji ma najczęściej podłoże słuchowe” — A. Sołtys-Chmielowicz, 2001, 255), co budzi wiele wątpliwości, m.in. pozostaje w sprzeczności z wiarą w fizjologiczny charakter substytucji — słuchowe niedoskonałości (w tym zaburzenia słuchu fonemowego) są uznawane bowiem za patologię. Znaczna część zanikających dziecięcych substytucji (po 7. roku życia są rzadkością) przekształca się w deformacje, które z kolei wiązane są z „wadami w aparacie artykulacyjnym. Trudno przyjąć, że najpierw ich przyczyną były kompetencyjne, a następnie — realizacyjne przeszkody.

¹⁹ Określenie „dzieci z wadą wymowy” używane jest zamiennie z określeniem „dzieci z błędną artykulacją”.

jak i u dzieci bez wady wymowy (Lipowska, 2001, m.in. s. 84), co musiałoby oznaczać, że słuch fonemowy nie kształtuje wymowy. Czy to możliwe? B. Ročlawski w książce *Słuch fonemowy i fonetyczny. Teoria i praktyka* (2001) docieka: „Rodzi się pytanie, jak mogło dojść do ukształtowania prawidłowej wymowy wyrazów przy istnieniu zaburzeń odbioru?” (s. 20).

W książce M. Lipowskiej (2001) znajdujemy odpowiedź, polemiczną i zaskakującą: „Uzyskane przeze mnie wyniki są sprzeczne z twierdzeniami przyjętymi przez niektórych badaczy. Ročlawski na przykład (1995) uważa za niemożliwe, aby osoba prawidłowo wymawiająca głoski miała zaburzony słuch fonemowy. Myślę, że jest to uproszczenie. Oczywiście trudności z identyfikacją głoski mogą powodować kłopoty z nauczeniem się poprawnej artykulacji. Jednakże, wymawiając poszczególne słowa, kierujemy się nie tylko wskazówkami fonetycznymi, ale również semantycznymi i syntaktycznymi. W sytuacji hałasu nie jesteśmy w stanie odebrać wszystkich dźwięków mowy występujących w nadawanym do nas komunikacie, a pomimo to zwykle rozumiemy naszego rozmówcę” (*ibidem*; podkr. — B.O.).

Przytoczone wyjaśnienie pozostaje w sprzeczności z przyjętym tu sposobem rozumienia związków między jakością wymowy a słuchem fonemowym, a także z własnymi słowami autorki w rozdziale *Słuch fonemowy*: „To słuch fonemowy jako odpowiedzialny za identyfikację poszczególnych głosek jest jednym z czynników warunkujących umiejętność komunikowania się z otoczeniem. Rozpoznawanie poszczególnych dźwięków mowy umożliwia różnicowanie słów. Niewrażliwość na choćby jeden fonem powoduje jego nieprawidłową percepcję, a co za tym idzie i produkcję” (M. Lipowska, 2001, 46 i 69; podkr. — B.O.).

W myśl tej koncepcji trudności z identyfikacją głoski nie mogą, lecz muszą powodować kłopoty z nauczeniem się poprawnej artykulacji. Twierdzenie, że w wymawianiu słów pomocne są wskazówki semantyczne i syntaktyczne jest niejasne. Dla osoby, która nie odróżnia jakichś par głosek (np. [r] i [l]), paronimy /kura/:/kula/ (i wiele innych: /rak/:/lak/, /kratka/:/klatka/, /pruje/:/pluje/ itd.) stają się homonimami, takimi jak sekwencje fonemowe /zamek/ ‘budowla’, /zamek/ ‘suwak’, /zamek/ ‘mechanizm zamykający w drzwiach’. Jeśli brzmią tak samo, to nie ma podstaw, by wymawiać je inaczej. Jaka wskazówka semantyczna czy syntaktyczna (i jak?) może pomóc w wymawianiu nierozpoznawanej (więc nieistniejącej) różnicy w formach /kula/=/kula/ (*de facto* różnych: /kula/=/kura/) i nierozpoznawanej (bo nawet *de facto* nieistniejącej) różnicy w formach: /zamek/=/zamek/=/zamek/?²⁰ Oczywiście prawdą jest, że wieloznaczny ho-

²⁰ Fonemy są — jako byty psychiczne — bezpośrednio poznaniu niedostępne: możemy o ich jakości tylko pośrednio wnioskować na podstawie reakcji osoby badanej

monim, np. „kula” staje się jednoznaczny w kontekście, np. „Kula pije wodę”, ale to zupełnie inna sprawa.

M. Lipowska uzyskane wyniki wyjaśnia rodzajem materiału stosowanego do badania słuchu fonemowego: „Rocławski w swoich badaniach stosował metody bazujące wyłącznie na materiale sensownym, który poza wskazówkami *stricte* fonologicznymi dostarcza dziecku również informacji semantycznych ułatwiających identyfikowanie słów (s. 86); „Większość badań dotyczących słuchu fonemowego prowadzona była na materiale sensownym i prawdopodobnie dlatego procent nieprawidłowych identyfikacji słów był znikomy. Dlatego też w badaniach zastosowałam obok materiału sensownego również materiał bezsensowny, którego odbiór wymaga wyłącznie zaangażowania kompetencji fonologicznej” (M. Lipowska, 2001, 84; podkr. — B.O.).

Nie ma wątpliwości, że rozpoznawanie fonemów w bezsensownym materiale głoskowym jest trudniejsze niż w sensownym, że nawet biegłość w odróżnianiu i identyfikowaniu głosek nie chroni przed błędami w fonemowej interpretacji bezsensownego materiału fonicznego (wystarczy użyć w badaniu nazwy własne, by się o tym przekonać).

W badaniach M. Lipowskiej trzylatki odróżniają głoski na „sensownym materiale językowym w wersji obrazkowej”, a nie radzą sobie z materiałem bez obrazków i bezsensownym²¹, co staje się w interpretacji „dowodem na to, że nie posiadają one w pełni rozwiniętego słuchu fonemowego” i argumentem polemicznym: „Ten wynik nie potwierdza tezy Rocławskiego, że już dwuletnie dzieci posiadają pełną dojrzałość poprawnego słuchowego kwalifikowania głosek” (M. Lipowska, 2001, 88).

Przypomnijmy słowa B. Rocławskiego: „Dziecko dwuletnie poprawnie kwalifikuje do odpowiednich klas (fonemów) prawie wszystkie starszannie wymówione głoski. Pełną biegłość w tym zakresie osiągnie

na głoski. Poznanie znaku językowego polega na odkryciu (i zapamiętaniu) relacji oznaczania między jego dwoma składnikami: „oznaczającym” *signifiant* (forma) i „oznaczanym” *signifié* (treść) (F. de Saussure, 1961). W rzeczywistości badając słuch fonemowy oceniamy zatem nie tyle słuch fonemowy, co efekty jego działania — obserwujemy, jak badany każdą z dwóch (podobnych) form (np. [kura] — [kula]) wiąże z jedną z dwóch odpowiadających im treści (prezentowanych np. na obrazkach: ‘kura’ — ‘kula’) i sposób wykonania zadania interpretujemy jako świadectwo tej umiejętności lub jej brak (przyjmując, że prawidłowe wskazanie jest możliwe tylko wtedy, gdy badany fonemowo odróżnia głoski, np. [r] i [l]). Pamiętać należy o tym, że i prawidłowe, i nieprawidłowe wskazanie może być dziełem przypadku, a także wynikiem czynników „zakłócających badanie”, przed czym przestrzega B. Rocławski w książce *Słuch fonemowy i fonetyczny. Teoria i praktyka* (2001).

²¹ Trzylatki różnicowały tylko średnio około 4 z 25 paronimów bezsensownych, „w werbalnej wersji (...) średnio wykonywały zaledwie około 11 z 25 podanych przykładów, podczas gdy w wersji obrazkowej aż 20” (M. Lipowska, 2001, 86–87).

w późniejszym okresie życia. W dalszym rozwoju następuje pełna automatyzacja słuchu fonemowego” (s. 18; podkr. — B.O.). Czy wynika z nich, że B. Rocławski uważa, iż dwulatki potrafią fonemowo interpretować pseudosłowa? Czy rzeczywiście wyniki badań M. Lipowskiej są sprzeczne z poglądami B. Rocławskiego? Czy przeciwnie — różnicę poglądów tworzy polemistka²², a w rzeczywistości wyniki jej badań z poglądami B. Rocławskiego nie są sprzeczne, a nawet je potwierdzają: im starsze dzieci, tym lepiej sobie radzą z materiałem bezsensownym (tym mniejsza rozbieżność wyników w zależności od rodzaju materiału)²³ — biegłość dzieci w fonemowym różnicowaniu głosek jest coraz lepsza, sześciolatki są już nawet gotowe do przyjęcia konwencji „niby-oznaczania” na materiale bezsensownym.

B. Rocławski (2001) nie poleca co prawda materiału bezsensownego do badania słuchu fonemowego, przeciwnie — podkreśla, że „badany musi znać nazwy przedstawionych na rysunkach rzeczy, zjawisk itp. Te nazwy powinny być dobrze znane badanemu” (s. 24; podkr. — B.O.), bo „małe osłuchanie z użytymi do badań wyrazami” uważa za jeden z czynników zakłócających badanie słuchu fonemowego²⁴, który może fałszywie świadczyć o jego zaburzeniach. Nie proponuje do badania słuchu fonemowego pseudonazw pseudojęzyka, które badany słyszy pierwszy raz w życiu, bo „klasyfikowanie dźwięków wymaga przyjęcia podstawy klasyfikacji. Podstawą staje się funkcja danej głoski w języku, funkcja odróżniania wyrazów (morfemów)” (s. 16; podkr. — B.O.). Pseudojęzyk nie spełnia tego warunku. Jego stosowanie do badania słuchu fonemowego to raczej zastawianie na badanego „pseudofonemowej pułapki”. Wymkną się z niej tylko osoby doświadczone fonemowo — trzylatki nie mają wielkich szans. Stosując bezsensowny materiał, trzeba więc zachować ostrożność w interpretacji wyników. W przeciwnym razie można popełnić błąd diagnostyczny (i zaplanować niewłaściwą terapię wady wymowy).

Autorka nawet dostrzega czynniki, które mogą mieć wpływa na wykonanie zadania przez młodsze dzieci, ale w interpretacji wyników je pomija: „Wi-

²² Czytając rozmaite polemiki, nie można się czasem oprzeć wrażeniu, że różnica zdań jest bardziej pożądana niż zgodność poglądów, co uruchamia mechanizm tendencyjnej interpretacji faktów i poglądów.

²³ Dla cztero- i pięciolatek „różnicowanie paronimów bezsensownych było (...) zadaniem wyraźnie trudniejszym”, a sześciolatki różnicowały paronimy bez względu na rodzaj materiału (M. Lipowska, 2001, 86–87).

²⁴ „Z moich doświadczeń wynika, że dzieci popełniają błędy we wskazywaniu właściwych obrazków, ale najczęściej jest to spowodowane brakiem koncentracji uwagi, małym stopniem zaangażowania, lekceważeniem postawionego zadania, małym osłuchaniem z użytymi do badań wyrazami, sztucznością sytuacji badawczej, czynnikami psychicznymi każącymi pokazywać naprzemienne itp. Powyższe uwagi odnoszą się do dzieci bez zaburzeń słuchu, bez obniżonej normy intelektualnej” (B. Rocławski, 2001, 21).

dać więc, że chociaż dzieci trzyletnie zwykle poprawnie różnicują paronimy poparte obrazkiem, to mają trudności z porównywaniem słów prezentowanych jedynie na drodze werbalnej, co może się wiązać z procesami uwagi i pamięci. Prawdopodobnie zastosowanie obrazków ułatwiło dzieciom zarówno skoncentrowanie uwagi na eksponowanym materiale i na wykonywaniu zadań, jak zapamiętanie wyrazów, które porównywały ze względu na podobieństwo brzmieniowe” (s. 87; podkr. — B.O.).

Im częściej pseudojęzyk (intensywnie popularyzowany) stosuje się w badaniach słuchu fonemowego, tym więcej rzekomych „dowodów” jego zaburzeń, tym silniejsza wiara w ich częste występowanie. Skrajnym przykładem „innej” wiedzy o słuchu fonemowym i wiary w jego częste zaburzenia jest obecna od blisko czterech lat na stronie internetowej [<http://www.logopedia.pl/>] następująca wypowiedź: „Podsumowując nasze dotychczasowe rozważania musimy jednoznacznie stwierdzić, że wszystkie wady wymowy są związane z zaburzeniami słuchu fonematycznego i wywołują mniejsze lub większe konsekwencje dyslektyczne (oby się na nich zakończyło!); „Głuchocie fonematycznej nie muszą towarzyszyć i często nie towarzyszą żadne wady i zaburzenia mowy. Dzieci mówią czysto i poprawnie, a jednak nie słyszą fonemów i nie są w stanie pisać ze słuchu” (*Wady i zaburzenia mowy a dysleksja w dziale Publikacje fachowe*; podkr. — B.O.).

PIERWOTNY TYP WADLIWEJ WYMOWY — NIEPRAWIDŁOWA REALIZACJA
PRAWIDŁOWEJ KOMPETENCJI FONEMOWEJ ORAZ PROCEDURA
USPRAWNIANIA REALIZACJI

Z drugiej strony mamy do czynienia ze złożonym umysłowo-ruchowym procesem, który prawidłowo ufonemowionym „ludzkim głowom” pozwala nie tylko rozumieć mowę, ale także mówić i zarazem — *da capo* — „wytwarzać świat wyobrażeń językowych w niemowlęciu” (J. Baudouin de Courtenay, 1915, 143).

Przeszkody w tworzeniu głosek sprawiają, że prawidłowo ukształtowany system fonemowy też — podobnie jak w alalii/dyslalii wtórnej — manifestuje się w mowie brakiem głosek/wadliwymi głoskami. Tu jednak — nawet, gdy objawy są identyczne (np. [lyba] zamiast [ryba]) — patomechanizm jest zupełnie inny i pozwala wykluczyć z logopedycznego postępowania procedurę budowania kompetencji²⁵ (zasadną w alalii/dyslalii wtórnej, np. spowodowanej zaburzeniem słuchu fonemowego), wymaga zaś zastosowania procedury

²⁵ Po badaniu jakości słuchu fonemowego w przypadku tzw. substytucji i elizji oraz automatycznie, bez jego badania w przypadku tzw. deformacji (cechy fonemu są realizowane).

usprawniania realizacji oraz — stosownie do przyczyny — odpowiednich strategii (zob. S. Grabias, 2000): różnych w przypadku rozmaitych nieprawidłowości w budowie i/lub funkcjonowaniu wykonawczego aparatu wymowy.

JAKOŚĆ APARATU WYMOWY A JAKOŚĆ DŹWIĘKÓW MOWY

Konieczność badania aparatu wymowy wyrasta z oczywistego przekonania o związku między jego jakością a jakością dźwięków mowy w nim tworzonych i nie budzi w literaturze logopedycznej żadnych wątpliwości. Z drugiej jednak strony, narzędzia proponowane w literaturze logopedycznej do oceny sprawności poszczególnych narządów aparatu wymowy budzą liczne zastrzeżenia: brak informacji, jakie ruchy logopeda ma prezentować i oceniać (np. I. Styczek, 1979, 233), dobór zadań nieumotywowany potrzebami artykulacyjnymi²⁶, brak kryteriów oceny, ocena ilościowa nie jakościowa (zob. B. Ostapiuk, 2005).

Propozycje do badania ruchów i pozycji narządów mowy grzeszą jednak przede wszystkim brakiem opisu prawidłowego wykonania poszczególnych zadań, które dałoby każdemu badającemu jednakowy punkt odniesienia i pozwoliłoby wyniki badań porównywać. Na przykład we wszystkich propozycjach wymienia się unoszenie języka za górne zęby, w żadnej jednak nie ma opisu prawidłowego wykonania. Nie wiadomo więc, czy o pełnej ruchomości języka świadczy tylko takie wykonanie ruchu unoszenia języka za górne siekacze, w którym cały język jest szeroki, jego przednia część dotyka dziąseł za górnymi siekaczami, a zuchwa jest maksymalnie opuszczona, czy także takie, w którym język jest wąski, skierowany ku górze, ale jednak o 1, 2, 3 cm od dziąseł oddalony, a zuchwa zbliżona do szczęki?

Opracowując własne narzędzie do oceny wędzidelka języka, początkowo tylko znaczne („wyraźnie widoczne”²⁷) niedociągnięcia w wykonaniu poszczególnych ruchów wiązałam z ograniczoną ruchomością języka. Materiał fotograficzny i doświadczenia zebrane w badaniach pilotażowych przekonały

²⁶ Dobór niektórych zadań wydaje się przypadkowy, nieuzasadniony celem badania. Warto sprawdzać unoszenie przedniej części języka za górne zęby, bo do tworzenia wielu spółgłosek swoboda w wykonaniu tego ruchu jest niezbędna, ale wątpliwości budzi np. gwizdanie — jaką niedoskonałość fonetyczną można wiązać (bezpośrednio lub pośrednio) z brakiem umiejętności gwizdania? Podobne wątpliwości można zgłosić wobec niektórych prób języka: miseczki, lyżeczki, rulonika, a zwłaszcza podnoszenia języka do nosa. Tę sztuczkę — nieistotną dla ruchów artykulacyjnych — wykonują nieliczni, niewielu badających mogłoby ją zaprezentować badanemu.

²⁷ W logopedii znajdziemy wiele przykładów umniejszania roli czynnika etiologicznego, np.: „Kryterium nawiązujące do etiologii może dać odpowiedź rozstrzygającą zasadniczo tylko w wypadkach wyraźnych zmian anatomicznych, poza tym jest właściwie nieprzydatne” (J. Kania, 1967, 176; podkr. — B.O.).

nie, że pomiędzy pełną ruchomością języka a ruchomością znacznie ograniczoną jest cała gama zróżnicowanych mniejszych niedoskonałości, które z czasem wyodrębniłam jako wskaźniki mniejszego stopnia niepełnej ruchomości języka. Nieznaczne ograniczenie ruchów języka stało się dla mnie równie wyraźnie widoczne (i ważne) jak znaczne. Ostatecznie do oceny wędzidełka języka w pojedynczych ruchach zaproponowałam czterostopniową skalę przedziałową (od pełnej ruchomości przez ograniczenie nieznaczne, następnie średnie, po znaczne)²⁸ i na podstawie zakresu ruchów i kształtu języka scharakteryzowałam poszczególne jakości (2000, 2005).

Zastosowane kryteria pozwalają obserwować zmiany w ruchomości języka (np. przed i po przecięciu wędzidełka języka, przed i po ćwiczeniach itp.), co z kolei pozwala ocenić skuteczność podjętych działań. Ruchomość języka w pojedynczych ruchach można porównać ze złożonymi ruchami (artykulatoryjnymi), ustalając związek jakościowy między ruchomością języka a dźwiękową realizacją różnych fonemów (B. Ostapiuk, 1997, 1998, 2000, 2002a, 2006).

Pełna ruchomość języka jest warunkiem — nie jedynym — tworzenia prawidłowych, wzorowo ukształtowanych głosek. W warunkach niepełnej ruchomości języka w ankyloglosji głoski można tworzyć, ale są one — w różnym stopniu — niedoskonałe.

Liczba wadliwych realizacji oraz liczba, rodzaj i nasilenie niepożądanych cech w głosce zależą od rodzaju fonemu (łatwiej tworzyć samogłoski niż spółgłoski, łatwiej wargowe niż dźwiękowe itd.) i od stopnia ograniczenia ruchów języka. W odniesieniu do spółgłosek wymagających uniesienia przedniej części języka najczęściej idą w parze: stopień ograniczenia pojedynczego ruchu (nieznaczny, średni, znaczny) i stopień wadliwości głoski (nieznaczny, średni, znaczny). Czasem osoba z ograniczoną krótkim wędzidełkiem ruchomością języka częściowo przezwycięża przeszkodę (samodzielnie lub z udziałem logopedy) i tworzy głoskę mniej wadliwą niż jej warunki anatomiczne, czasem odwrotnie — głoska jest gorsza niż możliwości ruchowe. O rozbieżności decydują zapewne inne czynniki, m.in. wiek, determinacja, zdolności ruchowe.

PRZYJĘTE PODSTAWY STANDARYZACJI LOGOPEDYCZNEJ TERAPII

Skuteczność logopedycznego postępowania terapeutycznego u osób z wadą wymowy zależy od wielu czynników. Jedne związane są z samą wadą (m.in. rodzaj, nasilenie, przyczyna wady, możliwość jej usunięcia), in-

²⁸ Liczbę przedziałów skali można oczywiście dowolnie zwiększać, by odróżnić np. mniejsze średnie skrócenie wędzidełka od nieco większego średniego skrócenia, co jednak nie zmienia istoty rzeczy.

ne z pacjentem (m.in. zdolność do wykonywania zaleceń, rzetelność), jeszcze inne z logopedą-diagnostą (m.in. wiedza o przyczynach wad wymowy, umiejętność ich rozpoznawania) i logopedą-terapeutą (m.in. wiedza o metodach wywoływania głosek, wybór właściwej metody). W literaturze i w praktyce jako przyczynę niepowodzeń w logopedycznej terapii wadliwej wymowy wskazuje się niewystarczająco częste wykonywanie ćwiczeń przez pacjenta. W rzeczywistości źródłem wielu niepowodzeń w logopedycznej terapii mogą być błędne diagnozy (i wynikające z nich niewłaściwe procedury, strategie i metody terapeutyczne), których przyczyną są m.in. niesprawdzone w badaniach opinie (na przykład o krótkim wędzidełku języka: „Istnieje przekonanie, że skrócenie tego wiotkiego fałdu błony śluzowej ma niekorzystny wpływ na rozwój mowy małego dziecka. Dziś powszechnie uważa się pogląd ten za błędny. Wędzidełko języka nie ma żadnego wpływu na jego ruchomość. Jest to twór delikatny, łatwy do rozciągnięcia” (T. Zaleski, 1992, 69; podkr. — B.O.); „Wędzidełko językowe daje się łatwo rozciągnąć”²⁹ (E. M. Skorek, 2001, 56).

Trafność diagnozy, wyznaczającej procedurę i strategie terapeutyczne, wydaje się podstawowym czynnikiem warunkującym skuteczność logopedycznej terapii.

Postawienie trafnej diagnozy zależy od stanu wiedzy (o prawidłowych głoskach i warunkach ich tworzenia, o przyczynach, które prowadzą do powstawania wadliwych głosek, braku głosek) oraz od sposobu wykorzystania tej wiedzy w procedurze diagnostycznej badawczej (m.in. zakres, metody, narzędzia badania), w której następuje wyłonienie niepożądanych zjawisk (językowych, biologicznych, psychicznych, społecznych) i w procedurze diagnostycznej interpretacyjnej (m.in. trafne łączenie niepożądanych zjawisk w związki przyczynowo-skutkowy³⁰).

Wśród rozpoznań stawianych w wyniku diagnozowania wadliwej wymowy można wyróżnić rozpoznania objawowe (np. rotacyzm, seplenienie, dyslalia) i rozpoznania przyczynowe (np. dyslalia audiogenna, dyslalia rozszczepowa, dyslalia zgryzowa, dyslalia ankyloglosyjna, dysglosja). Rozpoznanie przyczynowe otwiera drogę do przyczynowej terapii. Nie zawsze ustalenie przyczyny (lub jej usunięcie) jest możliwe — wówczas pozostaje, z natury rzeczy mniej skuteczna — terapia objawowa.

²⁹ Dwie strony dalej czytamy: „Rozciąganie fałdu podjęzykowego nie jest sprawą ani łatwą, ani szybką” (E. M. Skorek, 2001, 56).

³⁰ Jak wiadomo do takich samych objawów prowadzą różne przyczyny (np. realizacja fonemu /r/ w postaci głoski bocznej w okresie kształtowania artykulacji, w głuchocie, w zaburzeniach słuchu fonemowego, w ankyloglosji), a każda z nich wymaga zupełnie innego postępowania.

PROPOZYCJA STANDARDOWEGO POSTĘPOWANIA W LOGOPEDYCZNEJ DIAGNOZIE I TERAPII DYSLALII ANKYLOGLOSJI

Dyslalia ankyloglosyjna reprezentuje typ **dyslalii pierwotnej**. Jej objawy (niepożądane dźwiękowe reprezentacje jednego lub więcej niż jednego fonemu w mówionych tekstach językowych) są następstwem ograniczonego zakresu ruchów języka, którego przyczyną jest krótkie wędzidełko języka (*ankyloglossia*).

Ankyloglosja dotyczy ok. 70% populacji (częściej ma postać nieznaczną — ok. 38%, rzadziej średnią — ok. 25%, najrzadziej znaczną — ok. 5%)³¹, co oznacza, że logopeda zajmujący się korygowaniem wadliwej wymowy bardzo często obcuje z dyslalią ankyloglosyjną. Jeśli bagatelizuje ankyloglosję i znaczenie jej chirurgicznego leczenia, równie często skazuje siebie i — przede wszystkim pacjenta — na niepowodzenia w logopedycznej terapii, w najlepszym razie na jej wydłużanie i niepełne efekty.

W *Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych* (ICD-10) nie mówi się o krótkim wędzidełku języka, lecz o przyrośnięciu języka (eksponując stan, który jest skutkiem skrajnie krótkiego wędzidełka języka). W rozdziale XVII (*Wady rozwojowe wrodzone, niekształcenia i aberracje chromosomowe*) w części *Inne wrodzone wady rozwojowe układu pokarmowego* (Q.38) przyrośnięcie języka wymienia się dwukrotnie, raz jako nazwę choroby w kodzie Q38.1 (dodając w opisie: wędzidełko języka), drugi raz wśród wad wrodzonych w opisie kodu Q38.3 *Inne wrodzone wady rozwojowe języka* („Brak języka/Język rozszczepio-

³¹ Podaję średnią wyników z badań przedstawionych w siedmiu niepublikowanych pracach dyplomowych (E. Kozłowska, I. Warzoszczak, 2004; M. Wizjan, 2004; A. Zakosztowicz, 2004; M. Prządka, K. Kowalska, 2004; W. Wójcik, 2004; E. Martyn, 2004; M. Cytrynowicz, E. Krasuń, 2004) przygotowanych pod moim kierunkiem (łącznie 708 badanych od 6. do 54. roku życia). Rozbieżności w wynikach przywołanych badań są niewielkie, wynikają z różnej liczby badanych (od 49 do 168 osób — statystycznie radsze zjawisko może nie występować w mniejszej grupie) oraz — przede wszystkim — ze zrozumiałych wątpliwości badaczek, adeptek w dziedzinie logopedii, które posługiwały się wprawdzie jednakowym narzędziem oceny wędzidełka języka, ale dopiero w trakcie badań nabrały wprawę w jego stosowaniu. Jednakowe narzędzie gwarantuje jednakowe wyniki badania tylko wtedy, gdy jest jednakowo użyte — w badaniu prostych ruchów języka według mojej propozycji o rozbieżności w ocenie zakresu ruchu może zadecydować brak wprawy w uzyskaniu maksymalnego opuszczenia żuchwy, można wówczas nieznaczne ograniczenie ruchu zakwalifikować jako brak ograniczenia, średnie ograniczenie — jako nieznaczne itp. Autorki przywołanych prac były świadome zasygnalizowanych trudności i *post factum* podkreślały, że samodzielne wykonywanie badań było dla nich ważnym krokiem na drodze od teorii do praktyki.

ny/Wrodzone: — przyrośnięcie języka, — szczelina języka, — wada rozwojowa BNO/Hypoglossia/Niedorozwój języka/„Język mały”).

Przyjętą w ICD-10 klasyfikację zaburzeń mowy (wymowy) trudno uznać za przejrzystą i satysfakcjonującą. Wady wymowy wpisane są w *Zaburzenia rozwoju psychicznego (psychologicznego)*³² pod ogólnym hasłem *Specyficzne zaburzenia rozwoju mowy i języka (F80)*, o których w opisie czytamy:

Zaburzenia te charakteryzują się upośledzeniem normalnych wzorców nabywania umiejętności językowych od wczesnych stadiów rozwoju. Stanów tych nie można bezpośrednio wiązać z zaburzeniami neurologicznymi, nieprawidłowościami mechanizmów mowy, zaburzeń sfery czuciowej, upośledzeniem umysłowym lub czynnikami środowiskowymi. Specyficzne zaburzenia rozwoju mowy i języka często pociągają za sobą problemy, takie jak: trudności w czytaniu i ortografii, zaburzenie związków interpersonalnych oraz odchylenia w zakresie emocji i zachowania.

Kod F80.0 obejmuje *Specyficzne zaburzenia artykulacji*³³, wśród których wymienia się następujące rodzaje zaburzeń: „Rozwojowe: — zaburzenie fonologiczne, — zaburzenie artykulacji/Dyslalia/Czynnościowe zaburzenia artykulacji/Lambdacyzm”. Kod F80.8 obejmuje *Inne zaburzenia rozwoju mowy i języka*.

Trudno odnaleźć kryterium, które stało się podstawą tego (braku) porządku: wyróżniono (obok dyslalii i zaburzeń artykulacji) tylko lambdacyzm (F.80.0) i osobno — w innym kodzie szczegółowym — tylko seplenienie (F.80.8), którego nie ma wśród zaburzeń artykulacji, bo uznano je za zaburzenie rozwoju mowy i języka. Zrozumiałe, że dla wady wymowy spowodowanej krótkim wędzidełkiem języka w ICD-10 nie ma miejsca.

We własnym postępowaniu logopedycznym kieruję się poniżej opisanym schematem.

I. Diagnozowanie wadliwej wymowy (od objawu do przyczyny)

1. Badanie logopedyczne obejmuje:

a. ocenę słuchowo-wzrokową jakości dźwiękowych realizacji fonemów (wg systemu fonemowego B. Rocławskiego (2005)): wstępne ustalenia na podstawie mowy spontanicznej, szczegółowe — na podstawie specjalnie dobranych do powtarzania głosek, sylab, wyrazów, zdań z wytypowanymi fonemami, z uwzględnieniem koartykulacyjnego sąsiedztwa.

Cele:

- wyłonienie fonemów wadliwie realizowanych (liczba i rodzaj: przednie, tylne, językowe, wargowe itd., nasilenie: nieznacznie, średnio, znacznie wadliwe) oraz fonemów prawidłowo realizowanych (także wariantów kombinatorycznych) pozwala

³² Jako część rozdziału V *Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania*.

³³ „W tej grupie zaburzeń rozwojowych stopień umiejętności posługiwania się przez dziecko dźwiękami mowy jest niższy od poziomu odpowiedniego dla jego wieku umysłowego, ale poziom umiejętności językowych jest prawidłowy” [ICD-10].

oszacować zakres terapii, zaplanować kolejność postępowania i wstępnie wytypować kolejność i metody wywoływania/korygowania głosek, a także wskazać głoski pomocnicze do terapii (np. wywoływanie [r] metodą fonetyczną wymaga głosek [t̪ d̪]);

- ustalenie klas wadliwych realizacji (zefonemowe, pozafonemowe, pozafonetyczne, inne, mieszane) pozwala ukierunkować dalsze czynności diagnostyczne w celu ustalenia typu wadliwej wymowy: pierwotna (realizacyjna) — wtórna (kompetencyjna);
- wyłonienie zasobu brakujących cech (np. wibracyjność, apikalność, palatalność itd.) pozwala ustalić, jakie składniki zespołów pozycji i ruchów oddechowo-fonacyjno-artykulacyjnych nie są realizowane (np. unoszenie przedniej części języka za zęby, unoszenie środkowej części języka do podniebienia);
- wyłonienie zasobu niepożądanych cech (np. a-, dyswibracyjność, dyspalatalność, dyssonorność itd.) pozwala ustalić, jakie pozycje i ruchy oddechowo-fonacyjno-artykulacyjne występują w miejsce prawidłowych, np. dorsalność zamiast apikalności.

Na tym etapie diagnozy możliwe jest tylko rozpoznanie objawowe: **dyslalia**. Rodzaj brakujących i niepożądanych cech w powiązaniu z patogennym czynnikiem pozwoli wyjaśnić patomechanizm oddechowo-fonacyjno-artykulacyjny.

b. ocenę kompetencji fonemowej (wskazaną i zasadną tylko w przypadku realizacji poza klasą fonemową, tj. substytucji i elizji), która obejmuje badanie sprawności służących odbieraniu głosek i kształtowaniu kompetencji fonemowej oraz badanie przejawów kompetencji fonemowej (słuchanie i fonemowe przetwarzanie głosek: słuch fizyczny, fonemowy, pamięć słuchowa, rozumienie mowy, różnicowanie paronimów).

Cele:

- ustalenie typu wadliwej wymowy: wtórna (kompetencyjna) — pierwotna (realizacyjna);
- ustalenie dalszego postępowania diagnostycznego i procedury terapeutycznej:
 - nieprawidłowa kompetencja fonemowa (afonemia/dysfonemia) wyznacza procedurę budowania kompetencji fonemowej w logopedycznej terapii oraz strategię i metody terapeutyczne i lecznicze (inne w przypadku wady słuchu, inne — w zaburzeniach słuchu fonemowego itd.);
 - prawidłowa kompetencja fonemowa wyklucza procedurę budowania kompetencji fonemowej i wskazuje przeciwny kierunek dalszego diagnozowania: ustalenie patogennego czynnika w zakresie realizacji.

Na tym etapie diagnozy możliwe jest dokładniejsze rozpoznanie: **dyslalia fonemowa wtórna** (nieprawidłowa kompetencja fonemowa)/**dyslalia fonemowa pierwotna** (prawidłowa kompetencja fonemowa), które wyznacza dalsze czynności diagnostyczne podjęte w celu ustalenia kompetencyjnej/realizacyjnej przyczyny pozafonemowych realizacji.

c. ocenę kompetencji fonetycznej — w odniesieniu do wadliwych realizacji w klasie fonemowej (realizacje pozafonetyczne, tradycyjnie: deformacje).

Cel:

- ustalenie potrzeby stosowania w terapii ćwiczeń w słuchowym różnicowaniu fonetycznym.

Na tym etapie diagnozy możliwe jest dokładniejsze rozpoznanie: **dyslalia fonetyczna wtórna** (nieprawidłowa kompetencja fonetyczna) / **dyslalia fonetyczna pierwotna** (prawidłowa kompetencja fonetyczna), które wyznacza dalsze czynności diagnostyczne

podjęte w celu ustalenia kompetencyjnej/realizacyjnej przyczyny pozafonetycznych realizacji.

d. ocenę narządów biorących udział w tworzeniu głosek (stan obecny: w bezpośredniej obserwacji, stan w przeszłości: w wywiadzie): podniebienie, łuki zębowe, język, wargi (kształt, proporcje, ciągłość tkanek, wzajemne pozycje w czynnościach i w spoczynku, zakres ruchów narządów ruchomych wobec nieruchomych);

e. ocenę czynności nieartykulacyjnych wykonywanych w tych samych wielofunkcyjnych strukturach anatomicznych ze względu na ich pośredni lub bezpośredni związek z czynnościami oddechowo-fonacyjno-artykulacyjnymi (stan obecny: w bezpośredniej obserwacji, stan w przeszłości: w wywiadzie): oddychanie, jedzenie: pobieranie, gryzienie i żucie pokarmów, karmienie piersią, polykanie (jedzenia, śliny), spoczynkowe ułożenie języka.

Cele:

- ustalenie wskazań do wykonania dodatkowych badań specjalistycznych (laryngologicznych, foniatrycznych, audiologicznych, ortodontycznych, innych), które są niezbędne do potwierdzenia/wykluczenia wstępnych przypuszczeń;
- wskazanie patogenego czynnika w obrębie obwodowego aparatu wymowy (rozszczep warg/podniebienia, wada zgryzu, braki w uzębieniu, ankyloglosja, powiększenie III migdała, inne).

Na tym etapie diagnozy możliwe jest dokładniejsze rozpoznanie: **dyslalia fonetyczna/fonemowa/fonetyczno-fonemowa pierwotna: zgryzowa, rozszczepowa, ankyloglosyjna** itd., które wyznacza strategie terapeutyczne (logopedyczne: w miejsce niepożądanych pozycji i ruchów narządów wprowadzanie pożądaných — najpierw w izolacji, następnie w koartykulacji, i ostatecznie w mowie spontanicznej; lecznicze: laryngologiczne, ortodontyczne, chirurgiczne, inne).

2. Z analizy badań wykonywanych od początku procesu diagnostycznego wynikają kolejne decyzje diagnostyczne, co pozwala stopniowo ograniczać obszar poszukiwania przyczyny wadliwej realizacji fonemów i precyzować rozpoznanie. Wskazanie przyczyny, która uniemożliwia/utrudnia tworzenie prawidłowych głosek, pozwala planować procedury i strategie w ramach logopedycznej terapii przyczynowej. Niemożność ustalenia przyczyny albo niemożność jej usunięcia ogranicza działania terapeutyczne do korygowania objawów.

3. **Stwierdzenie ankyloglosji** (np. wg B. Ostapiuk) przy prawidłowej kompetencji (fonemowej i fonetycznej) prowadzi do przyczynowego rozpoznania (*pierwotna dyslalia ankyloglosyjna*) i do przyczynowej terapii (chirurgiczno-logopedycznej).

Pierwotna dyslalia ankyloglosyjna obejmuje odrębną klasę zjawisk logopedycznych³⁴ charakteryzujących się wspólnymi: przyczyną, patomechanizmem, objawami, procedurą, strategiami i metodami terapeutycznego postępowania. Drugi człon nazwy — dyslalia — wskazuje zakres objawów (wadliwa realizacja fonemów). Pierwszy — pierwotna — wyklucza wadliwą kompetencję (wyznacza zarazem usprawnianie realizacji jako procedurę logopedycznego postępowania). Trzeci zaś — ankyloglosyjna — określa przyczynę (*ankyloglossia*) i wskazuje zarazem strategię w ramach procedury usprawniania realizacji (jej niezbędną część stanowi chirurgiczne leczenie ankyloglosji).

Zasób fonemów wadliwie realizowanych, nasilenie, rodzaje i formy wadliwych realizacji (pozafonemowe, zerofonemowe, pseudofonemowe, parafonemowe, pozafonetyczne, mieszane) nie pozwalają na odróżnienie dyslalii ankyloglosyjnej od innych dyslalii. Można jednak wskazać cechy głosek szczególnie trudne do tworzenia w ankyloglosji (przedniojęzykowość zębowa, a zwłaszcza dziąsłowa, apikalność, wibracyjność, miękkość), co za-

³⁴ Termin *zjawisko logopedyczne* za: (J. Janas-Kaszczyk, Z. Tarkowski, 1991).

razem oznacza, że na wadliwą realizację w ankyloglosji narażone są przede wszystkim fonemy przedniojęzykowe dźwiękowe i zębowe (u niektórych dzieci ze znacznie skróconym wędzidełkiem języka trudności mogą dotyczyć także fonemów tylnojęzykowych). Zasób brakujących i niepożądanych cech wynika z następującego patomechanizmu: ograniczenie w unoszeniu przedniej, środkowej (rzadziej: tylnej) części języka jest następstwem niepełnego zakresu ruchów języka, czego przyczyną jest krótkie wędzidełko, a dążenie do realizacji fonemu w niesprzyjających warunkach prowadzi do zastępczych (kompensacyjnych) pozycji i ruchów narządów, np. dorsalność zamiast apikalności, dysadentalizacja (niepożądane dentalizacyjne zbliżenie żuchwy do szczęki w realizacji fonemów niedentalizowanych), asymetria języka, żuchwy, warg.

Trudno jednak powiedzieć, że rodzaje brakujących i niepożądanych cech charakteryzują wyłącznie dyslalię ankyloglosyjną — występują bowiem także w dyslaliach o innej etiologii. Dokładne różnicowanie rodzajów dyslalii na podstawie rodzajów objawów wymaga szczegółowych badań porównawczych. Biorąc pod uwagę, że ankyloglosja z reguły współwystępuje z częstą wadą zgryzu, z rzadkim rozszczepem podniebienia, a zapewne także z innymi przyczynami wadliwej wymowy (także kompetencyjnymi), należy liczyć się z kumulacją patomechanizmów. Ankyloglosja — w przeciwieństwie do innych czynników wadliwej wymowy — jest stosunkowo łatwa do usunięcia, wędzidełko języka powinno być zatem starannie badane w każdym przypadku wadliwej wymowy o innej etiologii, np. u osób z wadą słuchu (ankyloglosja jest wśród nich zapewne równie częsta jak wśród słyszących, ale — ze względu na poglądy — może być niedostrzegana i nieleczone).

II. Programowanie terapii w dyslalii ankyloglosyjnej

1. Celem postępowania terapeutycznego jest wprowadzenie prawidłowych dźwiękowych realizacji fonemów w miejsce wadliwych do mowy spontanicznej.

2. Strategie i metody postępowania terapeutycznego obejmują:

- **usunięcie przyczyny (ankyloglosji) w chirurgicznym leczeniu** (np. frenotomia, tj. poziome przecięcie wędzidełka języka nożyczkami lub skalpelem w iniekcyjnym lub nieiniekcyjnym znieczuleniu miejscowym bez zszywania rany). Pełen zakres ruchów języka rzadko uzyskuje się po jednym przecięciu wędzidełka, najczęściej chirurgiczne leczenie ankyloglosji jest kilkietapowe, także wtedy, gdy stosuje się inną technikę operacyjną, np. tzw. z-plastykę (wymaga ogólnego znieczulenia) czy frenotomię połączoną ze zszywaniem rany po przecięciu. Realizacyjne możliwości pacjenta z ankyloglosją są ograniczone, zatem usprawnianie artykulacji w postępowaniu logopedycznym (wywoływanie głosek, korygowanie niepożądanych pozycji i ruchów oddechowo-fonacyjno-artykulacyjnych) przed wydłużeniem wędzidełka w zabiegu chirurgicznym jest nieskuteczne lub tylko częściowo skuteczne.
- **logopedyczne korygowanie objawów:**
 - **budowanie świadomości pacjenta o związkach między aparatem wymowy a jakością wymowy:** analiza brzmienia i budowy prawidłowych i nieprawidłowych głosek, analiza ruchów i pozycji języka w głoskach tworzonych przez pacjenta i logopedę, analiza zmian w ruchach języka i w wymowie po przecięciu wędzidełka języka (z wykorzystaniem materiałów w postaci filmów, fotografii, schematów artykulacyjnych);
 - **tworzenie właściwych ruchów i pozycji oddechowo-fonacyjno-artykulacyjnych:** ćwiczenia wybranych pojedynczych ruchów języka jako podstawy złożonych ruchów artykulacyjnych, ćwiczenia złożonych ruchów w izolacji, w koartykula-

cyjnym sąsiedztwie — wywoływanie, korygowanie, utrwalanie, automatyzacja głosek.

3. Organizacja postępowania dotyczy zadań wykonywanych przez:

- **logopeda** (w gabinecie logopedycznym):
 - logopeda jako konsultant (po zebraniu danych w wywiadzie i badaniu logopedycznym) stawia diagnozę i przedstawia pacjentowi możliwości naprawcze: wyjaśnia cele i przebieg planowanej logopedyczno-chirurgicznej terapii, prezentuje materiał (fotograficzny, filmowy) ukazujący krótkie wędzidelko języka jako przeszkodę w pojedynczych (nieartykulacyjnych) ruchach języka i w złożonych ruchach artykulacyjnych, objaśnia patomechanizm tworzenia wadliwych głosek w ankyloglosji i mechanizm tworzenia prawidłowych głosek, omawia chirurgiczne leczenie ankyloglosji jako metodę wydłużania wędzidelka (istota, czas trwania, przebieg zabiegu, przewidywane samopoczucie, czas gojenia, oczekiwane korzyści po zabiegu, rola ćwiczeń języka i wymowy), po uzyskaniu zgody pacjenta (rodziców, opiekunów) na podjęcie chirurgiczno-logopedycznej terapii przygotowuje go do zabiegu i wskazuje, gdzie można go wykonać, dobiera ćwiczenia (wg celów terapii, możliwości pacjenta, w przypadku dzieci — także wg możliwości rodziców);
 - logopeda jako nauczyciel dokładnie omawia i prezentuje zalecone ćwiczenia (języka, wymowy), uczy pacjenta (rodziców, opiekunów) ich wykonywania, motywuje do staranności, kontroluje jakość wykonania (modyfikując w razie potrzeby cele i zadania).
- **lekarza** (w gabinecie lekarskim): **chirurgiczne leczenie ankyloglosji** (często kilkuetapowe).
- **pacjenta**: w gabinecie logopedycznym pacjent uczy się wykonywania ćwiczeń, które następnie wykonuje w domu (samodzielnie, z pomocą domowników) według jasno i realistycznie określonych zasad (częstość, pora, czas trwania ćwiczeń, przed i po zabiegu), np. w ankyloglosji ze względu na potrzebę zmiany spoczynkowego ułożenia języka ważne są — choćby kilkuminutowe — poranne ćwiczenia w mechanicznej pionizacji języka (z użyciem szpatułki).

W terapii dyslalii ankyloglosyjnej wskazane jest codzienne wykonywanie zaleconych ćwiczeń (języka, wymowy) przez pacjenta, nie ma zaś wskazań do jego częstych (np. cotygodniowych) spotkań z logopedą. Podstawą logopedycznej terapii w dyslalii ankyloglosyjnej jest chirurgiczne leczenie, trzeba zatem w planowaniu kolejnej wizyty uwzględnić czas gojenia rany po zabiegu oraz powstawanie samoistnych zmian w „nowych” warunkach anatomicznych: „uwolniony” język od nowa układa się w pozycji spoczynkowej, w czynnościach nieartykulacyjnych (gryzienie, żucie, polykanie, oczyszczanie jamy ustnej z resztek pokarmowych), co zarazem w naturalny sposób ćwiczy język i wraz z zaleconymi ćwiczeniami logopedycznymi prowadzi do „nowego” udziału języka w czynnościach oddechowo-fonacyjno-artykulacyjnych. Powstawanie efektów podjętych działań lekarskich i logopedycznych wymaga więc także czasu, a przyspieszanie kolejnych zaleceń nie wydaje się uzasadnione.

III. Postępowanie terapeutyczne

Logopeda w czasie pierwszego spotkania przygotowuje pacjenta do zabiegu oraz do ćwiczeń języka, które wspomagają efekty zabiegu. Kieruje pacjenta do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej z rozpoznaniem (dyslalia ankyloglosyjna) i prośbą o skierowanie go na frenotomię, uprzedzając o rozbieżności lekarskich opinii na temat krótkiego wędzidelka

języka, zasadności i skuteczności chirurgicznego leczenia ankyloglosji. Najlepiej, gdy logopeda rozezna się w swoim środowisku, by wskazać pacjentowi lekarzy, którzy są przekonani o potrzebie chirurgicznego leczenia ankyloglosji.

W czasie pierwszego spotkania logopeda dobiera (i omawia) także ćwiczenia logopedyczne, kierując się aktualnymi możliwościami pacjenta: nie obciąża go ćwiczeniami niewykonalnymi (są nieefektywne), ale także — wskazując cel ćwiczeń i przeszkodę w osiągnięciu celu — zachęca do ich wykonywania po zabiegu, który działanie przeszkody usunie lub przynajmniej częściowo ograniczy. Warto też, by zaprezentował pacjentowi choćby namiastkę pożądanego efektów ćwiczeń, którą — pomimo ograniczonego zakresu ruchów — można uzyskać, używając pomocy mechanicznej, np.: pacjent rytmicznie wymawia głoskę [d], a logopeda wielokrotnie, rytmicznie uciska mięsień bródkowo-gnykowy, wymuszając uniesienie mięśnia bródkowo-językowego, co sprawia, że przednia część języka wielokrotnie naprzemiennie unosi się do dziąseł i od nich odrywa, przerywając strumień powietrza, dzięki czemu powstaje namiastka głoski drżącej (niedoskonała, niesamodzielna, mechanicznie wymuszona, ale zachęcająca pacjenta do proponowanych działań).

Okolo 1–2 miesięcy po zabiegu logopeda i pacjent wspólnie analizują i oceniają zmiany w pojedynczych ruchach języka. Każda frenotomia poprawia zakres ruchów języka, często jednak uzyskanie pożądanego efektów wymaga kilku frenotomii, o czym należy pacjenta uprzedzić (efekty frenotomii nie wydają się związane ani z rodzajem, ani z jakością zabiegu, nie można zatem podtrzymywać pacjenta w przekonaniu, że „zabieg się nie udał”).

Harmonogram kolejnych spotkań wynika z jednej strony z przebiegu chirurgicznego leczenia ankyloglosji, z drugiej strony — z postępów w logopedycznej terapii. Każde kolejne spotkanie służy ocenie postępów w obu obszarach i ewentualnej modyfikacji podjętych działań.

Oczywiste, że rzetelna ocena zmian po zabiegu jest możliwa tylko wtedy, jeśli dokładnie pamiętamy stan przed zabiegiem. Jest zatem wskazane, by dokumentacja przebiegu terapii zawierała nie tylko tradycyjne notatki w karcie pacjenta (dane z wywiadu, z logopedycznego badania, przebieg zajęć, zalecenia), ale także zapis wideograficzny (a przynajmniej fotograficzny) pojedynczych ruchów języka i wymowy pacjenta.

BIBLIOGRAFIA

- Baudouin de Courtenay J., 1915, *Charakterystyka psychologiczna języka polskiego*, [w:] Baudouin de Courtenay J., 1984, *O języku polskim*.
- Cytrynowicz M., Krasuń E., 2004, Jakość dźwiękowej realizacji fonemu /r/ u dzieci w młodszym wieku szkolnym, (nieopublikowana praca dyplomowa), Szczecin.
- Domagała A. (rec.), 2002, „Logopedia”, 30, s. 253–256. Sławomir Śniatkowski, *Milczenie i pauza w gramatyce nadawcy i odbiorcy. Ujęcie lingwoedukacyjne*, Kraków 2002, s. 128.
- Grabias S., 2000, *Mowa j jej zaburzenia*, „Logopedia”, 28, 2002, s. 7–36.
- Grabias S., 2007, *Język, poznanie, interakcja*, [w:] *Język — Interakcja — Zaburzenia mowy. Metodologia badań*, red. T. Woźniak, A. Domagała, Lublin.
- Janas-Kaszczyk J., Tarkowski Z., 1991, *O metodologii logopedii. Wprowadzenie do badań nad teorią i metodą logopedii*, Lublin.
- Kania J. T., 1967, *Dyslalie na tle procesu rozwojowego artykulacji*, [w:] *Szkice logopedyczne*, red. J. T. Kania, Lublin 2001.
- Kozłowska E., Warzozszczak I., 2004, Dźwiękowe realizacje fonemu /r/ u studentów, (nieopublikowana praca dyplomowa), Szczecin.

- Krakowiak K., 2006, *Studia i szkice o wychowaniu dzieci z uszkodzeniami słuchu*, Lublin.
- Lipowska M., 2001, *Profil rozwoju kompetencji fonologicznej dzieci w wieku przedszkolnym*, Kraków.
- Martyn E., 2004, *Jakość dźwiękowych realizacji polskiego fonemu /r/ u uczniów klas początkowych*, (nieopublikowana praca dyplomowa), Szczecin.
- Ostapiuk B., 1993, *Dlaczego, jak i kiedy ingerować w zaburzony rozwój mowy*, „*Neurologia Dziecięca*”, 2 (4), s. 29–39.
- Ostapiuk B., 1997, *Zaburzenia dźwiękowej realizacji fonemów języka polskiego — propozycja terminów i klasyfikacji*, „*Audiofonologia*”, 10, s. 117–136.
- Ostapiuk B., 1998, *Realizacja polskiego fonemu /l/ w dyslalii ankyloglosyjnej, [w:] Zaburzenia głosu — badanie — diagnozowanie — metody usprawniania. Materiały z konferencji zorganizowanej przez Pomagisterskie Studium Logopedyczne Wydziału Polonistyki UW i Sekcję Logopedyczną TKJ w Warszawie, w dniach 6–8 czerwca 1998*, Warszawa.
- Ostapiuk B., 2000, *Warunki skuteczności logopedycznej terapii dyslalii ankyloglosyjnej*, (nieopublikowana rozprawa doktorska), Warszawa.
- Ostapiuk B., 2002, *Dziecięca artykulacja czy wada wymowy — między fizjologią a patologią*, „*Logopedia*”, 31, s. 95–156.
- Ostapiuk B., 2002a, *Rodzaje i jakość dźwiękowych realizacji polskiego fonemu /r/ w ankyloglosji*, „*Logopedia*”, 30, s. 91–103.
- Ostapiuk B., Juskiewicz P., 2003, „*Poprawa jakości wymowy w chirurgiczno-logopedycznej terapii dyslalii ankyloglosyjnej*”. *Streszczenie plakatu, [w:] Materiały z Konferencji Naukowej Dni Otolaryngologii Dziecięcej w Lublinie 18–20.09.2003*.
- Ostapiuk B., 2005, *Logopedyczna ocena ruchomości języka, [w:] Logopedia. Teoria i praktyka*, red. M. Młynarska, T. Smereka, Wrocław, s. 299–306.
- Ostapiuk B., Juskiewicz P., 2006, *Makroglosja jako objaw towarzyszący ankyloglosji*, „*Logopedia*”, 35, s. 145–152.
- Ostapiuk B., 2006, *Poglądy na temat ruchomości języka w ankyloglosji a potrzeby artykulacyjne*, „*Ann. Acad. Med. Stetinensis*”, 52, supl. 3, s. 37–47.
- Praktyczny słownik poprawnej polszczyzny nie tylko dla młodzieży*, 1999, red. A. Markowski, Warszawa.
- Prządka M., Kowalska K., 2004, *Dźwiękowe realizacje polskiego fonemu /r/ u dzieci miejskich i wiejskich w pierwszej i trzeciej klasie szkoły podstawowej*, (nieopublikowana praca dyplomowa), Szczecin.
- Roclański B., 2001, *Słuch fonemowy i fonetyczny. Teoria i praktyka*, Gdańsk.
- Roclański B., 2005, *Podstawy wiedzy o języku polskim dla glottodydaktyków, pedagogów, psychologów i logopedów*, Gdańsk.
- Rodak H., 1992, *Terapia dziecka z wadą wymowy*, Warszawa.
- Saussure F. de, 1961, *Kurs językoznawstwa ogólnego*, Warszawa.
- Skorek E. M., 2001, *Oblicza wad wymowy*, Warszawa.
- Sołtys-Chmielowicz A., 2001, *Problemy substytucji i elizji w zaburzeniach mowy, [w:] Zaburzenia mowy*, red. S. Grabias, Lublin.
- Sołtys-Chmielowicz A., 2008, *Zaburzenia artykulacji. Teoria i praktyka*, Kraków.
- Styczek I., 1979, *Logopedia*, Warszawa.
- Surowaniec J., 1994, *Z dyskusji nad terminologią logopedyczną*, „*Logopedia*”, 21, s. 73–79.
- Wady i zaburzenia mowy a dysleksja, [w:] Publikacje fachowe [http://www.logopedia.pl/]*.

- Wizjan M. 2004, Jakość realizacji polskiego fonemu /r/ u uczniów klas 0-3 w szkole podstawowej, (nieopublikowana praca dyplomowa), Szczecin.
- Wójcik W., 2004, Jakość realizacji polskiego fonemu /r/ u uczniów klas 0-3 w wiejskiej szkole podstawowej, (nieopublikowana praca dyplomowa), Szczecin.
- Zakosztowicz A., 2004, Jakość dźwiękowych realizacji polskiego fonemu /r/ u uczniów nauczania zintegrowanego, (nieopublikowana praca dyplomowa), Szczecin.
- Zaleski T., 1992, *Opóźniony rozwój mowy*, Warszawa.