

**Danuta Pluta-Wojciechowska**

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

**Realizacja fonemów języka polskiego u osób  
z rozszczepem podniebienia pierwotnego  
i/lub wtórnego  
– przegląd wybranych problemów, stanowisk,  
propozycji**

**The Realization of Polish Language Phonemes  
in Persons with Primary and/or Secondary Cleft Palate  
– a Survey of Selected Problems, Standpoints and Proposals**

**Streszczenie**

Artykuł zawiera prezentację niektórych problemów dotyczących zaburzeń artykulacji u osób z rozszczepem podniebienia. Przedmiotem rozważań są takie zjawiska, jak: nosowanie, emisja nosowa i 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. 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.

Występowanie rozszczepu podniebienia powoduje, że budowa i funkcjonowanie narządów mowy (w zależności od typu rozszczepu) są nieprawidłowe. Konsekwencją tego jest tworzenie dźwięków mowy **w innych, zmienionych**

**przez rozszczep warunkach anatomicznych.** Powstające zespoły dźwiękowe: wyrazy, zdania, teksty mogą być w różnym stopniu niezgodne z normą językową, a przez to niezrozumiałe dla otoczenia. Nieprawidłowa artykulacja jest dla dzieci z rozszczepem podniebienia oczywistą konsekwencją występującej wady anatomicznej. Tak jak **wady szczękowo-zgryzowe i blizny pooperacyjne** (i szereg innych cech), także zaburzenia dotyczące realizacji fonemów języka polskiego są wpisane w obraz dziecka z wadą rozszczepową.

W tym miejscu nasuwa się oczywista refleksja – czy w ogóle stosowne jest porównywanie mowy dziecka z rozszczepem podniebienia do tzw. normy? Czy też nie jest tak, że **struktura wady rozszczepowej jednoznacznie skazuje dzieci dotknięte tą wadą na występowanie zaburzeń artykulacyjnych**, a zatem ich **występowanie jest normą w przypadku osób z rozszczepem podniebienia**? Jeśli tak – to jaka jest norma dotycząca mowy zdefektowanej? Co jest dla tych realizacji **prototypowe**?<sup>1</sup> Pytań takich można postawić więcej. Z pewnością ważkim zagadnieniem jest przesłedzenie, jak przebiega rozwój różnych funkcji, od których zależy rozwój mowy, np. funkcji pokarmowych i oddychania u dzieci z rozszczepem podniebienia.

Nie może być moim zamierzeniem odpowiedź na wszystkie postawione tutaj pytania, ponieważ przerasta to ramy jednego artykułu. Jak sądzę, dla niektórych z nich znajduję rozwiązanie po zanalizowaniu wyników przeprowadzonych przeze mnie badań dotyczących realizacji fonemów języka polskiego u dzieci z rozszczepem podniebienia<sup>2</sup>.

Z opisu rozszczepu jako **zaburzenia wieloukładowego**, który wprowadziła A. Mitrinowicz-Modrzejewska [1963 s. 242], wynika, że problemy, jakie napotyka dziecko w toku rozwoju mowy, sięgają dużo dalej niż tylko zmiany w jamie ustnej. A. Mitrinowicz-Modrzejewska wskazuje m.in., że zaburzenia dotyczą zarówno mięśni oddechowych, mięśni fonacyjnych, jak i mięśni artykulacyjnych (tamże s. 242-246). Podstawowy problem, jaki napotyka dziecko z rozszczepem podniebienia podczas artykulacji, to niemożliwość oddzielenia jamy ustnej od nosowej i uzyskania właściwego ciśnienia wewnątrzustnego, co pozwala na prawidłową artykulację głosek. Do tego dołączają się występujące wady szczękowo-zgryzowe, które również utrudniają lub uniemożliwiają prawidłową artykulację. Szczególnie ważnym czynnikiem

---

<sup>1</sup> Prototyp to podstawowy termin używany w tzw. teorii prototypów w lingwistyce kognitywnej. Pod pojęciem „**prototyp**” rozumie się, według E. Rosch [1978] – najlepszy przykład badanej kategorii, najbardziej dla niej reprezentatywny. O teorii prototypów będę pisała również dalej, wykorzystując lingwistyczne ujęcie tego terminu psychologicznego, jakie proponuje I. Nowakowska-Kempna [2000].

<sup>2</sup> Badania te prowadziłam w Poradni Logopedycznej Katedry i Zakładu Ortodoncji Śląskiej Akademii Medycznej w Zabrze (gdzie leczone są dzieci z rozszczepem podniebienia od urodzenia) przy konsultacji Studium Logopedii, Glottodydaktyki z Terapią Pedagogiczną w Sosnowcu.

umożliwiający dzieciom prawidłowy rozwój mowy jest poprawnie funkcjonujący narząd słuchu. Jak pokazują wyniki badań, u znacznej części dzieci z rozszczepem podniebienia występuje niedosłuch.

Z przedstawionych powyżej (w dużym skrócie) anatomiczno-czynnościowych warunków rozwoju mowy, jakie są charakterystyczne dla dzieci z rozszczepem podniebienia (a więc dla nich **prototypowe**)<sup>3</sup>, wynika, że dzieci te są szczególnie narażone na występowanie zaburzeń w rozwoju mowy.

Zaburzenia realizacji fonemów mogą być w skrajnych przypadkach tak duże, że mowa jest całkowicie niezrozumiała. Porozumienie za pomocą mowy może być wówczas niemożliwe. Obserwujemy takie sytuacje szczególnie w przypadku dzieci małych lub też u dzieci starszych z najcięższymi typami rozszczepów, które z wielu różnych powodów mają trudności w rehabilitacji mowy. Dzieje się tak, ponieważ w wyniku operacji uzyskuje się rozmaite uformowanie podniebienia, wargi górnej, przedsionka jamy ustnej, wyrostka zębodołowego, zgryzu, nosa itp., od których m.in. zależy jakość wymowy. Sama operacja podniebienia nie powoduje, że wymowa jest prawidłowa<sup>4</sup>. B. Dobrowolska-Pietron [1990] pisała w tej sprawie: „[...] radykalna zmiana warunków morfologicznych w wyniku operacji nie powoduje automatycznego przywrócenia prawidłowej mowy. Przetrawianie nosowania i upośledzenia artykulacji jest tłumaczone nawykiem z bardzo wczesnego okresu życia”.

Czynniki wpływające na tworzenie głosek wadliwych, które wymienia się najczęściej w przypadku osób z rozszczepem, to: przetoki ustno-nosowe, niewydolność podniebiennie-gardłowa, zaburzenia szczękowo-zgryzowe, niedosłuch.

---

<sup>3</sup> „[...] zaprezentowany obraz realnych możliwości artykulacyjnych dzieci z rozszczepem podniebienia można uznać za **prototypowy** dla nich. Przyjąć bowiem możemy, w myśl jednej z tez językoznawstwa kognitywnego, założenie o takiej wizji człowieka, w której procesy psychiczne i językowe są zintegrowane z jego cechami psychomotorycznymi, jego doświadczeniem zmysłowym, kulturowym i innym. W naszym przypadku będą to szczególnie istotne, określone wadą anatomiczną doświadczenia związane z realizacją, między innymi, funkcji pokarmowych i oddychania, które są niezmiernie ważne z punktu widzenia rozwoju mowy” [Pluta-Wojciechowska 2000 s. 117].

<sup>4</sup> Na nowe perspektywy leczenia chirurgicznego (ważne z punktu widzenia rozwoju mowy) wskazuje Z. Dudkiewicz. Badanie mowy w postaci ustalenia stopnia nosowania i zaburzeń artykulacji pojawia się przy okazji oceny wyników **jednoetapowego** chirurgicznego leczenia jednostronnych rozszczepów podniebienia pierwotnego i wtórnego (tradycyjnie leczenie chirurgiczne przebiega w tych przypadkach najczęściej na wykonaniu dwóch operacji), które opisuje Z. Dudkiewicz [1991 s. 8-19]. Autorka poddaje ocenie różnorodne cechy ukazujące skuteczność leczenia stosowanym przez siebie sposobem. Są to m.in.: obecność otworów szczątkowych, konieczność stosowania faryngofiksacji, obecność zgryzów krzyżowych, stan słuchu, zwarcie podniebiennie-gardłowe, nosowanie i zaburzenia artykulacji. Przedstawione przez autorkę wyniki badań wskazują na skuteczność przyjętego sposobu postępowania chirurgicznego również ze względu na mowę.

Wśród zaburzeń artykulacji szczególną uwagę zwracają badacze na takie, które bezpośrednio wynikają z nieprawidłowości anatomicznych, jakie powoduje rozszczep, a nie są związane z naturalną rozwojową niedoskonałością systemu fonetycznego dziecka, jak również innymi przyczynami zakłóceń rozwoju mowy, takimi jak: niedosłuch, upośledzenie umysłowe, mikrodefekty ośrodkowego układu nerwowego itp.

## I. RÓŻNE UJĘCIA PROBLEMU ZABURZEŃ WYMOWY U OSÓB Z ROZSZCZPEM PODNIEBIENIA

### 1. Zaburzenia artykulacji, w tym między innymi nosowanie

W logopedii<sup>5</sup>, charakteryzując spółgłoskę, opisujemy ją w odniesieniu do pięciu kryteriów: „1) udział więzadeł głosowych, 2) udział rezonatora nosowego [podkr. moje – D. P.-W.], 3) sposób artykulacji, 4) główne miejsce artykulacji, 5) udział itowości” [Rocławski 2001 s. 224]<sup>6</sup>. Takie ujęcie jest kontynuacją stanowiska B. Wierzchowskiej [1965 s. 73]. W klasyfikacji samogłosek B. Wierzchowska wymienia również m.in. udział rezonatora nosowego (tamże s. 70).

Wynika z tego, że np. nosowe zabarwienie głosek (w nosowaniu otwartym), które powinny mieć nacechowanie ustne, czyli **niezachowanie ustnego charakteru głoski**, należącej do kanonu danego języka, jest **jedną z cech** nieprawidłowej realizacji danego fonemu. Ujmując to inaczej, można powiedzieć, że logopeda, opisując zaburzenia artykulacji i odnosząc się do poszczególnych cech fonetycznych głoski, powie, iż w przypadku głosek ustnych nie jest zachowany ich charakter ustny, ponieważ **głoski te są realizowane z nosowym zabarwieniem**. Opisując nieprawidłową artykulację, odnieśliśmy się także do innych kryteriów klasyfikacyjnych, wskazując miejsce artykulacji, udział więzadeł głosowych itd. Niezachowanie ustnego charakteru głoski (w nosowaniu otwartym) lub niezachowanie nosowego charakteru głoski (w nosowaniu zamkniętym) zostanie więc, w tym ujęciu, potraktowane

<sup>5</sup> Logopedia korzysta z osiągnięć fonetyki, dlatego w tym opracowaniu ujęcie logopedyczne jest tożsame z ujęciem lingwistycznym wynikającym z fonetyki.

<sup>6</sup> Inny sposób ujęcia opisu spółgłosek odnajdujemy u D. Ostaszewskiej i J. Tambor [1997 s. 27 n.]. Autorki uwzględniają w opisie spółgłoski trzy kryteria: miejsce artykulacji, sposób artykulacji i udział więzadeł 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, drżność, zwartość, szczelinowość itd.) jest ustna”.

jako jedna z wielu zaobserwowanych nieprawidłowości dotyczących poszczególnych cech fonetycznych głoski, a także – fonologicznych, w odniesieniu np. do języka polskiego.

W podejściu, jakie znajdujemy w literaturze (głównie foniatrycznej), **jedno z kryteriów opisu głoski** – „udział rezonatora nosowego” zostało wyodrębnione i wyeksponowane obok terminu „artykulacja”<sup>7</sup>. A zatem odnosi się wrażenie, że termin „artykulacja” w tym ujęciu ma nieco węższe znaczenie niż w ujęciu wynikającym z fonetyki<sup>8</sup>.

Na różnice w znaczeniu terminu „artykulacja” zwraca uwagę także B. Rocławski. Komentując „mechanizm tworzenia głosu artykułowanego przez człowieka”, pisze: „Koniecznie trzeba tu zwrócić uwagę na różnice terminologiczne spotykane w literaturze językoznawczej i foniatrycznej. [...] W tym miejscu zwracam uwagę Czytelnika na różne pojmowanie terminu artykulacja. W literaturze językoznawczej **artykulacja to tyle, co ruchy narządów mowy** (foniatrycy mówią o jednym narzędziu mowy) **wytwarzające określone głoski** [podkr. moje – D. P.-W.]. Terminem tym obejmuje się także działanie głośni. W Encyklopedii wiedzy o języku polskim R. Laskowski pod hasłem narządy mowy wyróżnia aparat ekspiracyjny, aparat fonacyjny i aparat artykulacyjny. Na aparat artykulacyjny składają się narządy nasady: wargi, język, podniebienie miękkie, szczęka dolna, zęby, dziąsła, podniebienie twarde, szczęka górna. S. Klajman rozumie artykulację jako rozczłonkowanie czy

<sup>7</sup> W literaturze foniatrycznej, ale i nie tylko, wyróżnia się **nosowanie i zaburzenia artykulacji** u osób z rozszczepem podniebienia (zob. np. Mitrinowicz-Modrzejewska 1963; 1965; Pruszewicz 1992; Zaleski (i in.) 1969; Gałkowski, Grossman 1982; Dobrowolska-Pieć 1990; Kot 1995; Sekuła 1993).

<sup>8</sup> W. Jassem [1973 s. 122] pisze: „[...] każdy dźwięk mowy powstaje przez spowodowanie ruchu pewnej masy powietrza. W zależności od tego, który narząd względnie które narządy mowy powodują ruch masy powietrza oraz w jaki to czynią sposób, istnieje kilka podstawowych klas allofonów”. Z kolei B. Wierzchowska [1980 s. 7] stwierdza, że „przez głošek rozumieć należy zjawisko artykulacyjne i akustyczne będące w określonym języku realizacją fonemu tego języka”. I dalej: „[...] dźwięki mowy opisywane są najczęściej pośrednio, przez określanie niezbędnych do ich wytworzenia układów albo ruchów narządów mowy” (tamże s. 38). Takie opisy nazywane są artykulacyjnymi. W narządach mowy wspomniana autorka wyróżnia „trzy człony, z których jeden nazywany jest aparatem artykulacyjnym, drugi – aparatem fonacyjnym, trzeci aparatem respiracyjnym” [tamże s. 22]. Oprócz opisów artykulacyjnych dźwięki mowy możemy również charakteryzować za pomocą różnicowania wrażeń słuchowych (opis audytywny), jak również poprzez opis akustyczny. B. Rocławski [2001 s. 169-171], pisząc o budowie i funkcjonowaniu układu narządów mowy, powołuje się na stanowisko Stęślickiej, której słowa cytuje, m.in.: „Z badań zespołu narządów uczestniczących w wytwarzaniu dźwięków mowy, a więc narządów oddechowych, glosotwórczych i artykulacyjnych, wchodzić mogą w grę badania płuc z tchawicą, przede wszystkim jednak krtani oraz tzw. aparatu artykulacyjnego, w szczególności trzech jam: gardłowej, nosowej i ustnej. [...] Mowa ludzka ma charakter artykułowany. Wyrazy tworzymy z serii szybko po sobie wydawanych glosek, które same w sobie nie mają treści znaczeniowej, ale uzyskują ją dopiero w kombinacjach”.

modulowanie głosu. Głos artykułowany to wytwarzany w głośni i odpowiednio ukształtowany w nasadzie. Artykulacja głosu oznacza tu jego kształtowanie, a nie wytwarzanie” [Rocławski 2000 s. 177]<sup>9</sup>.

A zatem artykulacja (w szerokim ujęciu) to tworzenie głoski, jej fizyczna realizacja. Procedura ta polega, najogólniej mówiąc, na **wykonaniu określonej konfiguracji ruchów narządów mowy, które nadają porcji powietrza wydychanego z płuc odpowiedni kształt foniczny, charakterystyczny dla danej głoski i głosek do niej podobnych**. Zwykle są to głoski realizujące jeden i ten sam fonem. Upraszczając zagadnienie, możemy powiedzieć, że artykulacja głoski wiąże się też z celowym powstrzymaniem się od wykonania ruchów<sup>10</sup>. Efektem tak rozumianej artykulacji (a więc: oddech, fonacja i artykulacja w wąskim znaczeniu) **jest głoska, która jako zjawisko fizyczne może być poddana percepcji za pomocą różnych zmysłów**. Powstające zjawisko fizyczne, jakim jest głoska, możemy usłyszeć, procedurę realizacyjną – zobaczyć<sup>11</sup> lub w niektórych przypadkach rozpoznać za pomocą dotyku albo odczucia wibracji. W opisie (artykulacyjnym<sup>12</sup>) danej głoski (normatywnej i wadliwej) należy uwzględnić możliwości ludzkiej percepcji (słuchowej, wzrokowej i czuciowej) cechy oraz ich specyfikę.

B. Ostapiuk [1997 s. 119] podkreśla, że „głoskę tworzy zespół względnie jednoczesnych pozycji i ruchów oddechowo-fonacyjno-artykulacyjnych (PiROFA)”. Takie szerokie pojmowanie procedury tworzenia głoski jest mi najbliższe. Dobrze służy też opisowi logopedycznemu.

W *Encyklopedii Wiedzy o Języku Polskim* [1978 s. 219] R. Laskowski proponuje następującą definicję **nosowości**:

„Nosowość (rezonans nosowy) dźwięków mowy jest efektem oddziaływania komory nosowej na akustyczną strukturę dźwięku. Dźwięki nosowe powstają przy pełnym (artykulacja η) lub częściowym obniżeniu podniebienia miękkiego, w wyniku czego strumień powietrza wydostaje się na zewnątrz

<sup>9</sup> B. Rocławski podaje zbieżną definicję terminu „artykulacja” z tą, jaką odnajdujemy w *Encyklopedii Języka Polskiego*. Czytamy tam, że „artykulacja” to: „zespół ruchów i pozycji zajmowanych przez narządy mowy w trakcie wytwarzania głoski” [*Encyklopedia Języka Polskiego* 1991 s. 24]. Inne rozumienie tego terminu znajdujemy w *Encyklopedii Językoznawstwa Ogólnego* [1999 s. 58]: „Artykulacja. Skoordynowane ruchy → narządów mowy w ponadkraniowej części przewodu głosowego (w → nasadzie), modulujące przepływ strumienia powietrza przez → kanał głosowy i determinujące tym samym → barwę dźwięków mowy”.

<sup>10</sup> Jeśli dziecko prawidłowo wymawia głoskę bezdźwięczną, oznacza to, że struny głosowe zachowują się prawidłowo, biorą **prawidłowy udział** w tworzeniu głoski, ponieważ powstrzymują się od ich aktywnego i pełnego włączenia się do artykulacji.

<sup>11</sup> Za pomocą wzroku lub np. odpowiednich urządzeń.

<sup>12</sup> „W wypadku opisu akustycznego i **artykulacyjnego** można mówić (i często się rzecz ujmuje) o niepowtarzalności jednostek mowy. Mimo usilnych starań o wymówienie dwukrotnie tej samej głoski, to jednak **dane** akustyczne i **artykulacyjne** nie pozwolą nam mówić tu o tej samej głosce [podkr. moje – D. P.-W.]” [Rocławski 2000 s. 139]. Jak widać, termin „opis artykulacyjny” używany jest przez B. Rocławskiego w znaczeniu szerokim.

przez otwory nosowe i jamę ustną (samogłoski i półsamogłoski nosowe) lub – w wypadku zwarcia – narządów mowy w komorze ustnej lub u wejścia do niej ( $\eta$ ) – tylko przez otwory nosowe (spółgłoski nosowe)”<sup>13</sup>.

Pierwszy człon tej definicji językoznawczej pokazuje, jaka jest **rola** komory nosowej w uzyskaniu nacechowania nosowego dźwięków mowy (autor nie wskazuje, czy zjawisko to dotyczy dźwięków, które powinny mieć nacechowanie nosowe – i je zyskują – czy też powinny mieć nacechowanie ustne, ale na skutek różnych czynników zostają nacechowane nosowością). Innymi słowy, wpływ, jaki ma komora nosowa na jakość głoski, może powodować, że zyskuje ona cechy nosowości pożądane lub niepożądane w zależności od głoski. Co więcej, „oddziaływanie komory nosowej na akustyczną strukturę dźwięku” może polegać również na tym, że w przypadku, gdy występuje stan chorobowy w jamie nosowej lub nosogardzieli, może nastąpić osłabienie lub zniesienie rezonansu nosowego podczas artykulacji głosek nosowych.

Tak więc podana językoznawcza definicja terminu „nosowość” jest dość szeroka i ukazuje różnorodną rolę komory nosowej w kształtowaniu struktury dźwięków mowy.

W ujęciu tym zakłada się milcząco, że podniebienie twarde i miękkie są szczelne, a włączanie lub wyłączenie komory nosowej do artykulacji jest związane z ruchem podniebienia miękkiego. Gdy podniebienie miękkie jest obniżone (całkowicie lub częściowo), powstają dźwięki nosowe.

Analizując to zjawisko z drugiej strony, a mianowicie wskazując ruch podniebienia miękkiego do góry (upraszczając problem zwarcia podniebieno-gardłowego – piszę o nim dalej), przedstawię warunki artykulacji głosek ustnych dotyczące zachowania się podniebienia miękkiego. Parafrazując definicję R. Laskowskiego odnośnie do nosowości, można powiedzieć, że *ustność* dźwięków mowy jest efektem braku oddziaływania komory nosowej na akustyczną strukturę dźwięków mowy<sup>14</sup>.

A zatem zaburzenia nacechowania nosowego głoski to **dysnazalność**, a zaburzenia nacechowania ustnego głoski to **dysoralność**<sup>15</sup>.

<sup>13</sup> B. Rocławski [2001 s. 184] zwraca uwagę, że „w pracach fonetycznych górna część jamy gardłowej, zwana też jamą nosowo-gardłową, jest włączana do jamy nosowej”.

<sup>14</sup> B. Wierzchowska [1980 s. 40] pisze w tej sprawie następująco: „[...] głoski nosowe, wymawiane z odchyleniem podniebienia miękkiego od tylnej ścianki jamy gardłowej, zawierają formanty związane z torem nosowo-gardłowym kanału głosowego [...], głoski ustne, przy których wymawianiu podniebienie miękkie przylega do tylnej ścianki jamy gardłowej, nie mają takich formantów”. W tym miejscu należy wyjaśnić, że podział na głoski nosowe i ustne w tym opracowaniu jest celowym uproszczeniem zagadnienia, aby uwypuklić pewne zjawiska. B. Rocławski [2001 s. 224], biorąc pod uwagę udział rezonatora ustnego, wyróżnia głoski: ustne, nosowe i ustno-nosowe.

<sup>15</sup> Termin „dysnazalność” podaję za B. Ostapiuk [1997 s. 136]. „Dysoralność” jest lepiej brzmiącym terminem niż utworzony podobny, w sensie znaczenia, z określenia „ustność” z przedrostkiem *dys-*.

Nieprawidłowa artykulacja spółgłosek u dzieci z wadą rozszczepową polegać może na niewłaściwym zrealizowaniu jednej lub kilku cech fonetycznych lub też na braku realizacji danej głoski. Wśród różnych nieprawidłowości (odnośnie do pięciu kryteriów opisu fonetycznego spółgłoski), oprócz wymienionych, występować mogą jeszcze: **dyslokacja** (zmiana miejsca artykulacji), nieprawidłowy udział wiązań głosowych (w zależności od głoski – **dyssonorność** lub **dysnonsonorność**), nieprawidłowy udział itowości (w zależności od głoski – **dyspalatalność** lub **dysnonpalatalność**), nieprawidłowy sposób artykulacji<sup>16</sup>.

## 2. Nosowanie i zaburzenia artykulacji

W innym ujęciu zagadnień zaburzeń wymowy u osób z rozszczepem podniebienia, jak wcześniej zaznaczyłam, wyodrębnia się **obok** zaburzeń artykulacji – nosowanie. W tej sprawie A. Pruszewicz [1992 s. 249] pisze: „W różnych postaciach nosowania spotyka się zaburzenia barwy głosu (rhinophonia) i artykulacji (rhinolalia) w następstwie wadliwego rezonansu nosowego. Rozróżniamy następujące postacie nosowania: 1) zamknięte, 2) otwarte, 3) mieszane.

Wymienione wyżej patologiczne odmiany nosowania należy odróżnić od zamierzonego nosowania w śpiewie, które przez odpowiednią ilość rezonansu nosowego nadaje głosowi śpiewaczemu określone wartości estetyczne”.

Jak widać z przytoczonej definicji, termin „nosowanie” używany jest jako określenie dla zaburzeń barwy głosu lub zamierzonego efektu wokalnego związanego z celowym wykorzystaniem rezonansu nosowego. Obok tego terminu pojawia się termin „zaburzenia artykulacji”.

O **nosowaniu otwartym** A. Pruszewicz [1992 s. 250] pisze: „[...] występuje ono wtedy, gdy **podczas** [podkr. moje – D. P.-W.] artykulacji głosek ustnych nie dochodzi do zamknięcia przejścia między jamą ustną a nosogardzieli i jamami nosowymi. Powoduje to nadmierny rezonans nosowy, który zniekształca dźwięk przede wszystkim samogłosek i tych spółgłosek, które wymagają ścisłego zamknięcia przejścia do jam nosowych (spółgłoski szczelinowe i wybuchowe)”.

Odnośnie do **nosowania zamkniętego** czytamy: „[...] jeżeli w następstwie zmian patologicznych zmniejszony jest rezonans nosowy **głosek** [podkr. moje – D. P.-W.], szczególnie nosowych, mówimy o nosowaniu zamkniętym. Oprócz głosek nosowych (m brzmi jak b, n jak d) zmienione są również samogłoski wskutek tłumienia niektórych tonów składowych w jamach nosowych lub nosogardzieli” [Pruszewicz 1992 s. 249].

<sup>16</sup> Terminy: dysssonorność, dysnonsonorność, dyspalatalność, dysnonpalatalność podają za B. Ostapiuk [1997 s. 129-133].



Z kolei **nosowanie mieszane** to wada, która rozwija się, „gdy współistnieją przyczyny wywołujące niedrożność nosa i powodują upośledzenie czynności podniebienia miękkiego” (tamże s. 253).

A zatem nosowanie otwarte i nosowanie zamknięte występują **podczas** wymowy głosek i **podczas wymowy** tych głosek jest rozpoznawane i oceniane<sup>17</sup>. Jednakże obok terminu „nosowanie” wyodrębnia się, w tym ujęciu, zaburzenia artykulacji.

**Wyróżnienie obok zaburzeń artykulacji – nosowania**, jakie spotykamy w literaturze, oraz **sposób opisu głoski wadliwej, jaki wynika z cech fonetycznych** (pięć kryteriów wymienionych przez B. Wierzchowską [1965] i B. Rocławskiego [2001], a wśród nich *udział rezonatora nosowego*), skłaniają do stwierdzenia, że sposób ujęcia zaburzeń artykulacji u osób z rozszczepem podniebienia (i nie tylko) może być różny.

Konkludując: w ujęciu logopedycznym, które zaprezentowałam, niezachowanie ustnego charakteru głosek ustnych, z jakim mamy do czynienia w przypadku nosowania otwartego, lub niezachowanie nosowego charakteru głoski w nosowaniu zamkniętym – to nieprawidłowe realizacje dotyczące jednego z kryteriów charakterystyki spółgłoski, a mianowicie *udziału rezonatora nosowego*. Takie ujęcie wynika z uwzględnienia artykulacji w szerokim ujęciu przy tworzeniu głoski.

## II. GŁOSKI NOSOWE W ARTYKULACJI NORMATYWNEJ A GŁOSKI NOSOWE W MOWIE OSÓB Z ROZSZCZPEM PODNEBIENIA

W systemie fonologicznym B. Rocławskiego [2001 s. 139] odnajdujemy pięć fonemów nosowych: /ē/ /ō/ /m/ /n/ /ń/<sup>18</sup>. W tym ujęciu „fonem to jednostka abstrakcyjna obejmująca klasę głosek, których wzajemna wymiana nie powoduje zmian w takich jednostkach języka, jak: morfem, wyraz, wypowiedzenie”.

I tak, biorąc pod uwagę wszystkie głoski podstawowe i warianty, jakie odnajdujemy w klasach głosek stanowiących poszczególne fonemy, doliczyć się można około dwudziestu różnych realizacji nosowych [Rocławski 2001 s. 199-202]<sup>19</sup>. Dotyczą one nie tylko fonemów nosowych. Obecność niektó-

<sup>17</sup> Na przykład próba Gutzmanna, próba Czerbaka, próba Seemana, stosowane m.in. do rozpoznania nosowania otwartego, o których pisze A. Pruszewicz [1992 s. 250].

<sup>18</sup> Chociaż w analizie fonetyczno-fonologicznej M. Steffen-Batogowa [1975] i inni uznali, że fonemów /ē/ i /ō/ nie ma, natomiast występuje układ: samogłoska ustna /e/ lub /o/ oraz /ŋ/ lub /ń/. R. Laskowski [1978] również uwzględnił fonem /ŋ/.

<sup>19</sup> W. Jassem [1978 s. 138] (w innym ujęciu) wyróżnia siedem spółgłosek nosowych, występujących m.in. w języku rosyjskim, niemieckim, francuskim, włoskim, hiszpańskim

rych głosek nosowych w danej klasie wiąże się z kontekstem (np. w przypadku fonemów /ē/ i /ō/)<sup>20</sup>.

Jak przypuszczam, w przypadku systemu fonetycznego osób z rozszczepem podniebienia liczba głosek nosowych będzie powiększona o takie, które na skutek różnych przyczyn anatomiczno-czynnościowych zamiast nacechowania ustnego zyskują nosowe (dysoralność). Ich specyfika będzie różna, m.in. ze względu na różne warunki anatomiczno-czynnościowe, w jakich przebiega artykulacja, oraz ze względu na cechy poszczególnych głosek i warunki, jakie są wymagane do ich normatywnej artykulacji.

Sądzę jednak, że występujące w języku polskim głoski nosowe, o jakich wspomniałam, mogą stać się **tłem**<sup>21</sup> do rozważań na temat fonetyki osób z rozszczepem podniebienia.

Przypuszczam również, że ze względu na inne cechy fonetyczne, np. miejsce artykulacji, sposób artykulacji itd., także odnajdziemy znacznie większą liczbę możliwości oraz cechy specyficzne dla artykulacji osób z rozszczepem w porównaniu z innymi wadami wymowy.

### III. NIEZACHOWANIE USTNEGO CHARAKTERU GŁOSKI, CZYLI DYSORALNOŚĆ CZY NOSOWANIE OTWARTE, EMISJA NOSOWA POWIETRZA I TURBULENCJE NOSOWE?

W fonetyce ustny lub nosowy charakter głoski opisuje się jako związany z układem podniebienia miękkiego, zakładając milcząco szczelność podniebienia (twardego i/lub miękkiego). W przypadku fonetycznego opisu głosek powstających u osób z rozszczepem podniebienia w rozważaniach o ustnym lub nosowym nacechowaniu głosek przyjmuje się odmienną anatomiczną struktur, które za te cechy odpowiadają.

I tak, niezachowanie ustnego charakteru głoski może wynikać z trzech sytuacji (w uproszczeniu): 1) podniebienie miękkie nie oddziela jamy ustnej od nosowej z powodu niedostatecznego ruchu lub braku możliwości wykonania

---

i polskim (w poszczególnych językach mogą występować różne spółgłoski nosowe, niekoniecznie wszystkie tu wymienione). Są to: spółgłoska nosowa dwuwargowa, spółgłoska nosowa zębowa, spółgłoska nosowa dziąsłowa, spółgłoska cerebralna nosowa, spółgłoska nosowa dziąsłowo-środkowojęzykowa, spółgłoska nosowa środkowojęzykowa, spółgłoska nosowa tylnojęzykowa. Wymieniając spółgłoski nosowe, W. Jassem podaje przykłady ich występowania w danym języku oraz prezentuje ich opisy i przekroje artykulacyjne.

<sup>20</sup> B. Rocławski szczegółowo omawia tę kwestię m.in. w *Poradniku fonetycznym dla nauczycieli* [1986] oraz w *Podstawach wiedzy o języku polskim dla glottodydaktyków, pedagogów, psychologów i logopedów* [2001]. O odrębności fonologicznej /ē/ i /ō/ pisze B. Rocławski w *Podstawach wiedzy o języku polskim dla glottodydaktyków, pedagogów, psychologów i logopedów* [2001 s. 218-221].

<sup>21</sup> Por. rozumienie tego terminu u R. Langackera [1995 s. 98, 128, 134, 169].

ruchu albo 2) występują przetoki ustno-nosowe lub 3) jednocześnie występuje brak oddzielenia jamy ustnej od nosowej za pomocą podniebienia miękkiego i przetoki. Upraszczając zagadnienie przez pominięcie problemu zwieracza podniebieno-gardłowego, aby wyeksponować pewne zjawiska, można przypomnieć ważną uwagę M. Hortis-Dzierzbickiej i współautorów [2000 s. 18]:

„W skład tego zwieracza wchodzi mięśnie podniebienia miękkiego oraz mięśnie tylnej i bocznych ścian gardła górnego. Mięśnie podniebienia to parzyste mięśnie dźwigacze podniebienia miękkiego, napinacze podniebienia miękkiego, mięśnie podniebieno-gardłowe i podniebieno-językowe oraz nieparzysty mięsień języczka. Mięśnie tylnej i bocznych ścian gardła to parzysty mięsień zwieracza gardła górnego. Jest on wspólnie z mięśniem podniebieno-gardłowym aktywny przy tworzeniu głosek ustnych. Mięsień podniebieno-językowy bierze udział w tworzeniu głosek welarnych. Nerwy unerwiające te mięśnie, z wyjątkiem unerwionego przez n. facialis napinacza podniebienia miękkiego, to n. glossopharyngeus i n. vagus drogą splotu gardłowego. Konieczność udziału wału Passavanta, wytwarzającego się przy mówieniu u wielu osobników w postaci wypuklenia tkanek miękkich na tylnej ścianie gardła, jest dyskusyjna.

Dysfunkcja zwieracza podniebieno-gardłowego może mieć tło strukturalne, neurologiczne lub podłoże czynnościowe.”

A zatem, charakteryzując głoski według kryterium, które B. Rocławski [2001] określa jako udział rezonatora nosowego, należy mieć na względzie różne okoliczności mogące być przyczyną zaburzenia tej cechy w przypadku głosek ustnych.

Zainteresowania badaczy mową rozszczepową koncentrują się wokół znalezienia charakterystycznych cech tej mowy. Terminy, jakie odnajduje się w literaturze odnośnie do opisywanych zjawisk występujących w mowie osób z rozszczepem podniebienia, to m.in.: zaburzenia artykulacji, artykulacja kompensacyjna, nosowanie otwarte, nosowanie zamknięte, nosowanie mieszane oraz emisja nosowa i nosowe turbulencje.

„Emisja nosowa (= ucieczka powietrza przez nos) i nosowe turbulencje” charakteryzowane są w sposób następujący: „[...] produkcja spółgłosek w mowie rozszczepowej jest często charakteryzowana przez **ucieczkę powietrza przez nos (zwana też emisją nosową)**: powietrze uchodzi przez nos, zanim wytworzy się dostateczne ciśnienie w miejscach artykulacji. Opisywane zjawisko **towarzyszy** artykulacji głoski lub zastępuje ją (powstają wtedy tzw. **aktywne szczelinowe głoski nosowe**). Ucieczka powietrza przez nos może być wyraźnie słyszalna albo nie (tj. wykrywana za pomocą instrumentów, choćby lusterka). Najwyraźniejsza jest podczas artykulacji spółgłosek bezdźwięcznych (*p t k s*), które wymagają wytworzenia maksymalnego ciśnienia płucnego, a podczas ich wymowy podniebienie miękkie silniej przylega do tylnej ściany gardła, więc w naturalny sposób należy włożyć więcej wysiłku w ich realizację. Czasami ucieczka powietrza przez nos daje nieprzyjemny

dla ucha poszum, tzw. **turbulencje nosowe**” [Zdunkiewicz-Jedynak, Hortis-Dzierzbicka 2000 s. 135].

W diagnostyce nosowania otwartego i emisji nosowej proponuje się obserwację zbierającej się pary na lusterku podstawionym pod nozdrza przednie<sup>22</sup>. Z kolei w diagnozie nosowania otwartego podkreśla się wagę ustalenia stopnia ucieczki powietrza przez nos<sup>23</sup>.

Z tego, co powiedziano, wynika, że terminy określające te dwa zjawiska i metody ich badania wymagają doprecyzowania.

B. Show i współautorzy w *The Eurocleft Project 1996-2000* [2000 s. 26] wymieniają cechy, jakie proponuje się badać w przypadku mowy osób z rozszczepem<sup>24</sup>. Wśród nich jest *nosowość*, w skład której, jak wynika z zestawienia, wchodzi: nosowanie otwarte, nosowanie zamknięte, słyszalna emisja nosowa i nosowe turbulencje<sup>25</sup>.

<sup>22</sup> D. Zdunkiewicz-Jedynak i M. Hortis-Dzierzbicka proponują badać **emisję nosową** za pomocą próby lusterka (obserwacja pary zbierającej się na lusterku podstawionym pod nozdrza podczas wymowy sylab: pa-pa, ta-ta, ka-ka oraz s). Jako jedną z prób diagnozy **nosowania otwartego** A. Pruszewicz [1992 s. 250] proponuje próbę Czermaka („[...] lusterko nieograniczone ustawiamy przed ujściem nozdrzy przednich i polecamy osobie badanej wymawiać samogłoski lub sylaby złożone ze spółgłosek wybuchowych i samogłosek, np. pa-pa, ta-ta, ba-ba. Przy nosowaniu otwartym para wodna zawarta w powietrzu wydobywającym się z nosa skrapla się na lusterku i powoduje zamglenie jego powierzchni”. Te dwie próby są bardzo do siebie podobne: A. Pruszewicz uwzględnia sylaby otwarte ze spółgłoskami wybuchowymi – **nie podkreśla wszakże**, że mają być dźwięczne lub bezdźwięczne, z kolei D. Zdunkiewicz-Jedynak i M. Hortis-Dzierzbicka również wskazują na spółgłoski wybuchowe w sylabach otwartych, ale w teście lusterka wymieniają tylko bezdźwięczne (w istocie jest to więc próba Czermaka) oraz dodają s. Co istotne – zarówno jedna, jak i druga próba w sensie tego, **co jest obserwowane**, są identyczne – w jednym i drugim przypadku obserwujemy parę zbierającą się na lusterku. A zatem, w jednym przypadku jest dowodem na występowanie nosowania otwartego, w drugim zaś – emisji nosowej. Różnica w tych próbach dotyczy tego, że w tej drugiej oceniamy też parę podczas wymowy s. Tak więc do zbadania dwóch zjawisk (nosowanie otwarte i emisja nosowa) używana jest taka sama w istocie metoda. Nie wiemy, czy oceniane są dwa różne zjawiska za pomocą tej samej w istocie metody, czy jedno zjawisko jest nazywane w różny sposób.

<sup>23</sup> A. Sekuła [1993 s. 5-22] wskazuje, że „w badaniu foniatrycznym rozpoznanie nosowania otwartego opieramy na wynikach prób Seemana, Czermaka i Gutzmana”. W dalszej części pracy czytamy, że „obecność przepływu powietrza w czasie wymawiania głosek ustnych oceniano za pomocą prób Seemana i Czermaka”. M. Hortis-Dzierzbicka i współautorzy [2000 s. 19] piszą, że „w diagnostyce nosowania otwartego istotne jest ustalenie stopnia **ucieczki przez nos** [podkr. moje – D. P.-W.] przy mówieniu (domyślamy się, że chodzi o ucieczkę powietrza – przyp. D. P.-W.). Tu należy wspomnieć o najprostszych, powszechnie znanych próbach Czermaka (test lusterkowy) i Gutzmana.

<sup>24</sup> Badanie mowy według tego projektu obejmuje zrozumiałość, nosowość, artykulację. Czytamy tam m.in.: „[...] nasality: the presence/absence and degree of hypernasality, hyponasality, audible nasal emission and nasal turbulence can be judged and rated on a five point scale (see CAPS)”.

<sup>25</sup> Termin „nasality” w *Wielkim słowniku angielsko-polskim* J. Stanisławskiego jest tłumaczony jako „nosowość”.

Takie ujęcie jest zbieżne z moją propozycją. W moim rozumieniu zarówno nosowanie otwarte, jak i nosowanie zamknięte, słyszalna emisja nosowa i nosowe turbulencje są w swej **istocie** zaburzeniami cechy fonetycznej głoski, która dotyczy jednego z kryteriów jej charakterystyki, a mianowicie **udziału rezonatora nosowego** (w zależności od głoski i stwierdzonych zaburzeń – jej ustności lub nosowości).

Konkludując: nosowanie otwarte, emisja nosowa i nosowe turbulencje są wyrazem niezachowania ustnego charakteru głoski (dysoralność), są nieprawidłową realizacją jednej z cech fonetycznych głoski, a mianowicie jej ustności. Występujące nieprawidłowości w tym zakresie mają różnorodne, ze względu na odmienności artykulacyjne poszczególnych głosek oraz występujące warunki anatomiczno-czynnościowe, oblicza. Są tak charakterystyczne dla mowy osób z rozszczepem podniebienia, że można nazwać je **prototypem** w tej klasie zjawisk – prototypem zniekształcenia artykulacji głosek.

#### IV. ARTYKULACJA KOMPENSACYJNA JAKO WYRAZ NIEPRAWIDŁOWEJ REALIZACJI OKREŚLONEJ CECHY (LUB CECH) FONETYCZNYCH GŁOSKI

W opisie realizacji fonemów badacze mowy osób z rozszczepem podniebienia posługują się terminem „artykulacja kompensacyjna”. Komentując artykulację kompensacyjną, B. J. McWilliams i współautorzy [1990 s. 289] wskazują, że odnosi się ona do realizacji gardłowych, krtaniowych, podniebiennych, które są substytutami kompensującymi nieprawidłową strukturę lub funkcję podniebiennie-gardłową. Takie realizacje bywają też nazywane *gross substitutions* (w wolnym tłumaczeniu – „grube substytucje”).

B. J. McWilliams i współautorzy [1990 s. 289 n.] opisując artykulację kompensacyjną, przytaczają jako przykład dwie definicje tego terminu. Pierwsza z nich wskazuje, że artykulacją kompensacyjną nazywamy takie realizacje w mowie osób z rozszczepem podniebienia, które nie są percepcyjnie akceptowane przez słuchaczy. Druga definicja ujmuje „artykulację kompensacyjną” jako wyuczone i zautomatyzowane zachowania w produkcji dźwięków mowy wtedy, gdy istnieje brak zwarcia podniebiennie-gardłowego i uzyskanie prawidłowych dźwięków mowy jest niemożliwe. W tym ujęciu odróżnia się artykulację kompensacyjną od innych zaburzeń wynikających z braku zwarcia podniebiennie-gardłowego, takich jak np. *p* z nazalizacją.

J. Trost [1981 s. 200] wymienia sześć typów artykulacji kompensacyjnej: zwarcie krtaniowe, zwarta spółgłoska gardłowa, szczelinowa spółgłoska gardłowa, spółgłoska szczelinowa welarna, mediodorsalna spółgłoska zwarta, tylnonosowa spółgłoska frykatywne. Wyróżniając te typy, wskazuje, że różnią się one między sobą, są audytywnie rozpoznawalne oraz możliwa jest ich

charakterystyka ze względu na sposób i miejsce powstawania (czyli opis artykulacyjny). Zwarcie kraniowe, gardłowa frykacja i frykacja tylnonosowa, w ujęciu J. Trost [1981 s. 201], mogą towarzyszyć artykulacji niektórych spółgłosek.

R. Wyatt i współautorzy [1996 s. 146] wymieniają generalnie te same typy, dodając: szczeliny kraniowe oraz podniebienne i lateralne spółgłoski szczelinowe, a pomijając artykulację mediodorsalną.

W moim przekonaniu wymienione rodzaje tzw. *artykulacji kompensacyjnej, zastępczej* są w swej istocie **inną niż normatywna realizacją określonej cechy lub cech fonetycznych głoski**, o tyle niezwykłą i nietypową, że w niektórych przypadkach wykraczającą poza przyjęte strefy artykulacji spółgłosek (realizacje poza jamę ustną). Na przykład gardłowa realizacja głoski *t* to **zmiana miejsca artykulacji** z przedniojęzykowo-zębowego na gardłowe (obsada języka w zwarcu z tylną ścianą gardła). Podobnie jak np. w przypadku wargowo-zębowej (a u niektórych wręcz wargowo-dziąsłowej) artykulacji *p*, *b*, *m* (tu również zmiana miejsca artykulacji) powiemy, że wargowo-zębowość właśnie zastępuje dwuwargowość; również w przypadku tylnojęzykowej realizacji fonemu */t/* uznamy, że jest to zmiana miejsca artykulacji<sup>26</sup>. (Dalszy tok postępowania diagnostycznego będzie polegał na uzyskaniu odpowiedzi np. na pytanie, dlaczego wargowo-zębowość pojawiła się w miejscu dwuwargowości lub inaczej – dlaczego wargowo-zębowość zastępuje dwuwargowość).

W świetle tego, co powiedziano, każda inna niż normatywna artykulacja głoski świadczy o tym, że nie została prawidłowo zrealizowana określona cecha (np. miejsce artykulacji) lub zespół jej cech fonetycznych (np. miejsce artykulacji i sposób artykulacji). Jest ona dowodem na to, że istnieje jakaś przeszkoda, trudność w uzyskaniu tej właśnie normatywnej cechy lub zespołu

<sup>26</sup> W opisie realizacji fonemów języka polskiego u osób z rozszczepem nie stosuję terminu „substytucja” w znaczeniu, jaki prezentuje J. Kania [1982 s. 13]: „Substytucja (paralalia) zachodzi wówczas, gdy realizacja jakiegoś fonemu mieści się w polu realizacji innego fonemu. Innymi słowy, o substytucji mówimy wówczas, jeśli dwa fonemy systemu ogólnego mają tę samą realizację w wymowie pacjenta”. „Nieprawidłowe miejsce artykulacji może prowadzić do tego, że słyszymy cechy innego fonemu niż oczekiwany. Wśród nieprawidłowych realizacji fonemu np. */t/* występuje taka, która polega na tworzeniu zwarcia w miejscu właściwym dla fonemu */k/*, a więc zamiast «tatuś» dziecko mówi «kakuś». Intencją dziecka jest powiedzenie «tatuś», ale nie może tego zrobić prawidłowo, ponieważ ma trudności realizacyjne. (Zaznaczmy, że takie realizacje występują u dzieci z prawidłowym słuchem fonemowym). Wyniki badań dotyczących patologii wymowy osób z rozszczepem podniebienia upoważniają do tego, że takie realizacje zaliczam do deformacji (podobnie jak np. *s* realizowane międzyzębowo), a nie do substytucji. Jak 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]” [Pluta-Wojciechowska 2002 s. 115-130].

cech normatywnych. Jedną z tych przeszkód w przypadku osób z rozszczepem podniebienia może być niewydolność podniebienio-gardłowa, ale są również inne, np. wysunięcie kości przysiecznej, występujące u wielu dzieci z całkowitym obustronnym rozszczepem podniebienia pierwotnego i wtórnego, rosnące zęby na podniebieniu twardym, niedosłuch itd. U różnych osób występują różne przeszkody w uzyskaniu prawidłowej artykulacji i rozmaite **konfiguracje** tych przeszkód. Przypuszczam też, że nie jest to zwykła suma istniejących braków, ale ich **dynamiczna struktura**, iloczyn.

Z tego, co powiedziano, wynika, że każda odbiegająca od normatywnej artykulacja u osób z rozszczepem podniebienia jest artykulacją kompensacyjną<sup>27</sup>, ponieważ to ona właśnie **kompensuje**, wyrównuje występujące braki, które są przeszkodą w uzyskaniu głoski normatywnej<sup>28</sup>. Można też powiedzieć inaczej – w związku z brakami (różnej natury) następuje w artykulacji **zastępowanie** cechy normatywnej cechą nienormatywną (np. zamiast dwuwargowości dziecko uzyskuje wargowo-zębowość, zamiast zwarcia dwuwargowego – zwanie krtaniowe).

Nienormatywnie zrealizowana cecha fonetyczna **zastępuje** normatywną realizację danej cechy fonetycznej. Słyszymy to w różnorodnych wadliwych spółgłoskach, w których np. zachowane jest prawidłowe miejsce artykulacji, ale nieprawidłowy jest sposób artykulacji lub też odwrotnie – dziecko zachowuje prawidłowy sposób artykulacji, ale zmienia miejsce artykulacji (np. *szczelinowa* głoska gardłowa zastępuje *szczelinową* głoskę dźwiękową).

W opisie realizacji fonemów danego języka przez osoby z rozszczepem podniebienia (i nie tylko) proponuję, aby posługiwać się terminami wynikającymi z przyjętych kategorii opisu cech fonetycznych, które są lub nie są realizowane normatywnie, a jeśli są realizowane nienormatywnie – to ustalać, na czym polega zaburzenie, i dopiero potem ustalać przyczyny takiego stanu rzeczy.

---

<sup>27</sup> W pewnym sensie podobne ujęcie przedstawiają D. Zdunkiewicz-Jedynak i M. Hortis-Dzierzbicka [2000 s. 131]. Charakteryzując mowę rozszczepową, piszą:

„Wśród rozszczepowych realizacji głosek wyróżnić można:

- aktywne kompensacje defektów anatomicznych (dające w efekcie błędy miejsca artykulacji),
- pasywne kompensacje defektów anatomicznych (prowadzące do błędów w zakresie sposobu artykulacji i udziału więzadeł głosowych).

Powyższe rozróżnienie stosowane przez wielu autorów opiera się na hipotezie, że cechy mowy w warunkach rozszczepowych, szczególnie w związku z dysfunkcją podniebienio-gardłową, zależą od przyjętej przez poszczególnych pacjentów strategii radzenia sobie z defektem anatomicznym”.

<sup>28</sup> Dla jasności wyводу można przyjąć, że każda nienormatywna realizacja fonemu jest deformacją w stosunku do normy systemu fonetyczno-fonologicznego języka polskiego. Ze względu na różne przyczyny możemy wyróżnić, ogólnie, następujące jej rodzaje: ontogenetyczną, gwarową, wynikającą z patologii. Dla logopedy istotne jest rozpoznanie, na czym deformacja polega, i stwierdzenie, jaka jest jej przyczyna.

## V. WSPÓLRUCHY MIMICZNE JAKO JEDNO Z WIELU ZACHOWAŃ KOMPENSACYJNYCH U OSÓB Z ROZSZCZPEM PODNIEBIENIA

W literaturze przedmiotu panuje zgodność co do tego, że współruchy mimiczne w postaci: ruchów skrzydełek nosa, marszczenia nosa, marszczenia czoła, jak również różnorodna konfiguracja tych i innych, podobnych ruchów w obrębie twarzy ma na celu zapobiec ucieczce powietrza przez nos podczas mówienia. Wymienione wyżej współruchy mimiczne określane są jako kompensacyjne.

J. Tronczyńska [1967 s. 313] opisuje jedne z nich: „[...] skrzydełka nosa zaciskają się, górna warga skraca i unosi do góry, cały nos ulega skróceniu i napięciu”. Widząc takie ruchy, odnosi się wrażenie, że dziecko **mówi całą twarzą**<sup>29</sup>, a **specyficznymi narządami artykulacyjnymi** stają się np. skrzydełka nosa. A kiedy uważny obserwator dostrzeże widoczne napięcie na szyi lub nawet na całym ciele, to konstatuje, że dziecko **mówi całym ciałem**<sup>30</sup>.

Nie mogąc w istniejących warunkach anatomiczno-czynnościowych (będących jedną z podstaw artykulacji) oddzielić jamy ustnej od nosowej – pacjent wykorzystuje inne możliwości zapobiegania ucieczce powietrza przez nos, próbując **zrekompensować** występujące braki anatomiczno-czynnościowe. Usiłuje za pomocą np. skrzydełek nosa dokonać uszczelnienia i zatrzymać nosową ucieczkę powietrza. A zatem współruchy mimiczne **uzupełniają** niedostatek lub brak ruchu podniebienia czy nieszczelność podniebienia twardego i/lub miękkiego lub różną konfigurację tych wszystkich cech występujących jednocześnie<sup>31</sup>.

Współruchy mimiczne w obrębie twarzy towarzyszące artykulacji są więc, w swojej genezie, **podobne** do tych ruchów i układów języka, które mają za

<sup>29</sup> A. Mitrinowicz-Modrzejewska i współautorzy [1965 s. 48 n.] badali chronaksję mięśni twarzy u osób z rozszczepem podniebienia. W tej sprawie piszą: „Współruchy występujące w czasie mówienia polegają na podciąganiu rysów twarzy ku górze i są najwyraźniejsze w zakresie mięśnia jarzmowego większego, dźwigacza skrzydła nosa i dźwigacza wargi górnej. Chronaksja tych mięśni jest zmniejszona. Często występuje asymetria pomiędzy prawą i lewą stroną; zmiany chronaksometryczne są niestale i znikają wraz ze zniknięciem współruchów”.

<sup>30</sup> G. Wójcicka [2000 s. 57], komentując wyniki badania mowy osób z rozszczepem, zauważa: „Mowie spontanicznej towarzyszyły współruchy mięśni mimicznych twarzy oraz nadmierna praca skrzydełek nosa, kompensująca ucieczkę powietrza przez nos. Zaobserwowano brak koordynacji pomiędzy oddychaniem i fonacją. Mowa była dla badanych męcząca, głos tworzony z wysiłkiem”.

<sup>31</sup> Jest to pewne konieczne uproszczenie zagadnienia zvarcia podniebieno-gardłowego, potrzebne jednak dla uwypuklenia istoty zagadnienia. O strukturze zvarcia podniebieno-gardłowego piszą m.in.: A. Pruszewicz [1992], A. Mitrinowicz-Modrzejewska [1963], M. Hortis-Dzierzbicka i współautorzy [2000]. Ogólnie problem ten został naświetlony w jednym z punktów wcześniejszych.



zadanie np. uszczelnić występujący otwór w podniebieniu, lub są podobne do ruchu i układu warg, który ma na celu uszczelnić przerwany wyrostek zębodołowy. Można więc powiedzieć, że współruchy mimiczne, zwane kompensacyjnymi, są **jednym z wielu zachowań kompensacyjnych**, jakie występują u osób z rozszczepem podniebienia, o tyle jednak nietypowym, iż wychodzą **poza strefę artykulacyjną**.

Prześledźmy, jakie mogą być zachowania kompensacyjne, dotyczące np. głównego miejsca artykulacji, i porównajmy je ze zjawiskiem określanym jako współruchy mimiczne.

Jednym z częstszych objawów wadliwych artykulacji u dzieci z rozszczepem podniebienia jest **dyslokacja** (zmiana miejsca artykulacji). Nieprawidłowe głoski mogą powstawać w jamie ustnej oraz poza jamą ustną, a w przypadku tzw. podwójnej artykulacji – jednocześnie, np. w jamie ustnej i w krtani. A zatem u osób z rozszczepem występuje więcej stref artykulacyjnych niż trzy. Obszar, w którym może powstać główne miejsce artykulacji, zostaje **poszerzony** o gardło, krtani i nos (zwarcia i szczeliny gardłowe, zwarcia i szczeliny krtaniowe oraz tzw. aktywne głoski nosowe).

Jest to więc również jedno z wielu zachowań kompensacyjnych, które wynikać może z nieprawidłowych warunków anatomiczno-czynnościowych, w jakich przebiega artykulacja. W związku z tym, że do generowania impulsów i szumów w przypadku spółgłosek wykorzystywane bywają narządy, które nie są do tego przeznaczone (np. struny głosowe w przypadku zwarć krtaniowych, tylna ściana gardła i obsada języka w przypadku głosek zwartych i szczelinowych gardłowych), odnotujemy, że te zachowania kompensacyjne są **nietypowe**, bo wykraczają poza obszar tworzenia głównego miejsca artykulacji wszystkich spółgłosek polskich, z drugiej strony są **typowe** dla osób z rozszczepem, tworząc wraz z innymi cechami artykulacji swoisty **model realizacji artykulacyjnej** dla tych osób, czyli **prototyp** realizacji zdefektowanej (dla mowy rozszczepowej).

Analogicznie więc jak do nietypowych zachowań kompensacyjnych w przypadku dyslokacji poza jamą ustną, odnośnie do współruchów mimicznych zinterpretujemy je także jako nietypowe zachowania kompensacyjne. Tak więc poruszające się skrzydełka nosa, marszczące się czoło i nos stają się **specyficznymi narządami artykulacyjnymi** u osób z rozszczepem podniebienia. W skrajnych przypadkach nawet palce mogą stać się narządem artykulacyjnym<sup>32</sup>. Wszakże dziecko z rozszczepem może używać ich do artykulacji.

Charakteryzując czynność układu mięśniowego we wrodzonych wadach podniebienia, A. Mitrinowicz-Modrzejewska i współautorzy [1965 s. 70]

<sup>32</sup> W mojej pracy z małymi dziećmi z rozszczepem podniebienia spotkałam się również z takimi, które chcąc „ładnie mówić”, zaciskały palcami skrzydełka nosa. Przy tym nie był to ruch pokazany dziecku przez dorosłego.

zwracają uwagę, że zaburzenia występują w mięśniach oddechowych, artykulacyjnych, fonacyjnych i mimicznych (w sensie takim, o jakim tu mowa), a więc w tych mięśniach, które biorą udział w **artykulacji** (w szerokim ujęciu) w przypadku osób z rozszczepem podniebienia<sup>33</sup>.

A zatem współruchy mimiczne są **jednym z wielu** obserwowanych **zachowań kompensacyjnych**, jakie występują u osób z rozszczepem podniebienia, o tyle wyjątkowym i nietypowym, że wykraczającym poza strefę artykulacyjną. Można powiedzieć też, że współruchy mimiczne są w przypadku osób z rozszczepem podniebienia **ruchami specyficznych narządów artykulacyjnych**.

## VI. ZNACZENIE JĘZYKOZNAWCZEGO OPISU ZABURZEŃ WYMOWY DLA TEORII I PRAKTYKI LOGOPEDYCZNEJ

### 1. Opis zaburzeń realizacji fonemów języka polskiego jako pierwszy etap postępowania badawczego

S. Grabias [1997 s. 15] na seminarium w 1991 r. sformułował następujące pytanie: „Czy realizowana jest hierarchia celów, do jakich każda nauka dąży, i jaki jest stan budowanych przez logopedię środków badawczych – pojęć interpretujących zjawiska i metod stosowanych w ich opisie?”

Przeglądając polskie publikacje dotyczące zaburzeń w rozwoju mowy dzieci z rozszczepem podniebienia, trudno jest nie oprzeć się wrażeniu, że – chociaż wskazują one na fakt występowania różnorodnych zaburzeń – brak jest takich badań oraz ich opracowań, które w pełni, w sposób ilościowy i jakościowy, opisywałyby odnotowane nieprawidłowości, odnosząc się do realizacji fonemów języka polskiego.

Wypowiedziany przez S. Grabiasa pogląd dotyczący deskrypcji jest bliski sformułowanym w latach pięćdziesiątych ubiegłego wieku przez F. Antkowskiego uwagom na temat terapii mowy osób z rozszczepem podniebienia.

F. Antkowski [1957 s. 27] pisał: „Samo **postępowanie rehabilitacyjne** rozpatrywane z punktu widzenia językoznawczego winno wychodzić od skrupulatnej **rejestracji aktualnego sposobu substancjalnej realizacji systemu**

---

<sup>33</sup> W tej sprawie czytamy: „W warunkach fizjologicznych chronaksja mięśni narządu mowy jest dla wszystkich mięśni jednakowa i wynosi 0,20 do 0,32 m/sek. W przypadkach wad rozwojowych podniebienia chronaksja mięśni oddechowych, artykulacyjnych, mimicznych i fonacyjnych ulega zmianom, które potęgują się, jeżeli rehabilitacja jest opóźniona. Samoistnej rehabilitacji mowy nie spotyka się. [...] Układ mięśniowy narządu mowy ulega w przypadkach wrodzonych wad podniebienia zmianom z powodu braku czynności lub nieprawidłowych mechanizmów mięśni oddechowych, fonacyjnych i artykulacyjnych” [Mitrinowicz-Modrzejewska (i in.) 1965 s. 70].

**fonicznego** jednostki z uwzględnieniem – w miarę możliwości – **zakresu i intensywności zaburzeń tego systemu w okresie przedoperacyjnym**, tj. przed rekonstrukcją plastyczną podniebienia” [podkr. moje – D. P.-W.]. Dodać w tym miejscu z naciskiem należy, że pełna diagnoza powinna uwzględniać również interpretację zaobserwowanych zjawisk na gruncie psychologii i nauk biologiczno-medycznych [Grabias 1997 s. 14].

Dla logopedy, który ma zaplanować i prowadzić terapię logopedyczną, podstawowym i pierwszym krokiem jest **opisanie** występujących nieprawidłowości w mowie dziecka dotkniętego rozszczepem podniebienia, stwierdzenie, jaki jest **objaw**. Tego etapu nie da się pominąć. A zatem logopeda musi dysponować odpowiednimi narzędziami (i umiejętnościami) w postaci określonych i jasnych terminów, które umożliwią mu wykonanie tej czynności.

Współcześnie podkreśla się znaczenie sformułowania **diagnozy logopedycznej** opartej na wynikach badań nauk biologiczno-medycznych. Oczywiście, nie sposób podważać znaczenia takiego myślenia. Podkreślam tylko, że dla logopedy pierwszym krokiem jest opis występujących zaburzeń wymowy, a następnie postawienie pytania – dlaczego tak jest? A zatem, krok drugi to **poszukiwanie wyjaśnienia**, dlaczego owe usłyszane, zaobserwowane i opisane nieprawidłowości występują. Krok drugi wymaga (oprócz innych czynności diagnostycznych – logopedycznych) zwrócenia się do specjalistów z innych dyscyplin, którzy w różnym zakresie także zajmują się problemami mowy, a więc do foniatorów, laryngologów, ortodontów, psychologów itd. Dopiero po wyczerpaniu obszaru deskrypcji (opis) i eksplikacji (wyjaśnianie) postawić można krok następny, jakim jest budowanie prognoz i programów naprawczych.

Taki algorytm postępowania badawczego jest oparty na sformułowanych przez S. Grabiasa [1997 s. 15 n.] uwagach dotyczących hierarchii celów logopedii jako nauki i stanu budowanych przez tę naukę środków badawczych. Przytoczmy te uwagi: „Wiadomo, że każda dyscyplina wiedzy, która pretenduje do miana nauki, winna mieć strukturę hierarchiczną. Wszelkie działanie badawcze rozpoczyna się od postępowania diagnostycznego. Ma ono dostarczyć stwierdzalnych empirycznie zjawisk (załóżmy, że w wypadku logopedii są to rozmaite przejawy zaburzeń mowy), a następnie dokonać ich objaśnienia. Pełny opis (deskrypcja) i wyczerpujące wyjaśnienie zjawisk (eksplikacja) umożliwiają postawienie dalszego kroku badawczego, jakim jest tworzenie prognoz (aplikacja), polegające na budowaniu programów postępowania naprawczego”.

Ustalony tok postępowania badawczego dotyczy nie tylko prowadzenia badań naukowych, lecz także winien być stosowany w przypadku każdego zgłaszającego się do logopedy dziecka lub dorosłego z zaburzeniami mowy. Zaburzenia mowy, które wykrywa logopeda u tych osób, są również problemem badawczym, który uruchamia (lub uruchamiać powinien) myślenie oparte na deskrypcji, eksplikacji i aplikacji.

## 2. Charakter opisu i analizy zaburzeń realizacji fonemów języka polskiego u osób z rozszczepem podniebienia

W świetle tego, co powiedziano wyżej, pytanie zasadnicze sformułować wypada w sposób następujący: „czy logopeda dysponuje odpowiednimi «narzędziami», aby właściwie postawić krok pierwszy, jakim jest opis zaburzeń wymowy?” W przypadku nieprawidłowej artykulacji wskazówek do tego, **jak** scharakteryzować dostrzegane nieprawidłowości, dostarcza opis cech fonetycznych poszczególnych głosek zgodnych z przyjętym systemem fonologiczno-fonetycznym oraz nierozdzielność artykulacji i cech dźwięku, który jest efektem tej artykulacji<sup>34</sup>.

Wynika z tego, że **metodą** rozpoznawania występujących nieprawidłowości jest **porównanie** tego, *co słyszę i widzę*, z tym, co wynika z **opisu fonetycznego** głoski oraz uwewnętrznionego **własnego wzorca słuchowego danej głoski**, czyli jej **prototypu**<sup>35</sup>. A zatem w ustalaniu nieprawidłowości artykulacji logopeda wykorzystuje metodę, która ma charakter **słuchowo-wzrokowy**. W przypadku niektórych realizacji poza jamą ustną (np. zwarcie krtaniowe) nie jesteśmy w stanie tych realizacji ocenić za pomocą wzroku i wtedy o ich występowaniu możemy orzekać jedynie na podstawie wrażenia słuchowego (w przypadku oceny logopedycznej bez użycia odpowiednich urządzeń).

Nie sposób zgodzić się z podejmowanymi na świecie próbami „stworzenia standaryzowanej procedury **słuchowej oceny mowy rozszczepowej**”, o których wspominają D. Zdunkiewicz-Jedynak i M. Hortis-Dzierzbicka [2000 s. 126], prezentując swoje jednak, jak się wydaje, odmienne stanowisko w tej sprawie.

Z przyjęcia jako kierunkowskazu do analizy zaburzeń artykulacji – opisu cech fonetycznych poszczególnych głosek normatywnych wynika, że cha-

<sup>34</sup> Por. omówienie tej kwestii przez B. Ostapiuk [2000 s. 37].

<sup>35</sup> Mam na uwadze pierwszy etap postępowania logopedycznego (opis objawu), które jest przeprowadzane w przeciwnym gabinecie logopedycznym, gdzie brak nowoczesnych urządzeń do badań akustycznych, obserwacji zwarcia podniebienio-gardłowego za pomocą nasopharyngoskopii, badań rtg itp. Szczególnie przydatna w przypadku osób z rozszczepem podniebienia z zaburzeniami wymowy, objawiającymi się m.in. nosowaniem otwartym, jest nasopharyngoskopia, umożliwiającą obserwację i ocenę czynności podniebienia miękkiego i gardła, które biorą udział w zwarciu podniebienio-gardłowym. O tej metodzie badania pisze obszernie M. Hortis-Dzierzbicka [1994].

Zachęcające do dalszych poszukiwań są wyniki badań dotyczących możliwości oceny wadliwej artykulacji przy wykorzystaniu sieci neuronowej Kohonena. Jak wskazują autorzy interesującego doniesienia na ten temat, uzyskane wyniki badań mogą „stanowić podstawę do konstrukcji systemu rozpoznającego w sposób automatyczny typ schorzenia dla danej wypowiedzi patologicznej” [Gajer, Kapusta (i in.) 2000 s. 145]. Interesująca to perspektywa dla logopedy. Głęboko jestem jednak przekonana, że logopedy w diagnozie i terapii nie zastąpi żadne urządzenie, mimo że, jak sądzę, z czasem nabiorą (i już nabierają) one coraz większego znaczenia.

rakterystyka przejawów nieprawidłowości dotyczących realizacji fonemów języka polskiego ma charakter językoznawczy. Tego kroku nie można pominąć i zrealizować – w przypadku logopedy – w inny niż **językoznawczy sposób**. Dodajmy, logopedy pracującego w przeciętnym gabinecie logopedycznym (a te stanowią, jak sądzę, większość), gdzie podstawowym **narzędziem pracy jest jego własny słuch i wzrok**. Dopiero dokładny opis zaburzeń wymowy umożliwi postawienie pytania – dlaczego? Dla praktyki logopedycznej jest to niezmiernie ważne, gdyż stwarza przesłanki do pytania, jaka jest przyczyna tego, że np. występuje zwarcie krtaniowe zamiast głoski dwuwargowej zwarto-wybuchowej lub występuje nosowa realizacja głosek ustnych.

H. Mierzejewska [1998 s. 23], komentując lingwistyczne podstawy diagnozy i terapii logopedycznej, podkreśla: „[...] w logopedii jako nauce spotykają się nie tylko różne dyscypliny, ale różne metodologie i interpretacje w obrębie każdej z tych dyscyplin. Nie wystarcza jednak ich wyliczenie jako elementów składowych. Staranie o to, by to spotkanie – dziedzin i metodologii – harmonizujące różnorodność, a nawet odmienności, w rezultacie spotkanie współtworzące, wydaje się być właściwą drogą, prowadzącą do niepodważalnego wyodrębnienia się dziedziny wiedzy nazwanej logopedią”.

Warto zauważyć, że wyrażona tu została konieczność uwzględniania specyfiki każdej z dyscyplin, ale również współtworzenia.

Rozważania na temat tego, jaki charakter powinien mieć opis nieprawidłowych realizacji fonemów języka polskiego u dzieci z rozszczepem podniebienia, wynikają z kilku refleksji:

Diagnoza i terapia zaburzeń mowy dziecka z wadą rozszczepową wymaga od logopedy prowadzącego diagnozę i terapię logopedyczną szczególnie wnikliwej wiedzy medycznej. Nie oznacza to jednak, że umiejętność językoznawczego opisu zaburzeń wymowy ma znaczenie drugorzędne; wręcz przeciwnie, jeśli nie potrafimy opisać tego, co słyszymy i widzimy, a więc **objawu** – nie potrafimy również sformułować **precyzyjnego pytania** do foniatry, laryngologa i ortodonta itp. o rodzaj, zakres i specyfikę dysfunkcji anatomiczno-czynnościowej, leżącej u podstaw dysfunkcji mowy. Dodajmy – pytania mającego wyjaśnić, **dla czego** dziecko mówi w opisany sposób oraz czy za pomocą dostępnych **metod terapii logopedycznej** jesteśmy w stanie pomóc dziecku, czy też uzyskanie przez dziecko prawidłowej artykulacji wymaga **innych** (niż logopedycznych) metod postępowania naprawczego, np. kolejnej operacji podniebienia w postaci faryngofiksacji<sup>36</sup>. Dodać w tym miejscu należy, że logopeda opisujący wymowę osób z rozszczepem podniebienia winien znać również podstawy patofonetyki mowy rozszczepowej.

<sup>36</sup> Faryngofiksacja to, najogólniej mówiąc, operacyjnie wykonany „most”, łączący tylny brzeg podniebienia miękkiego z tylną ścianą gardła, w celu eliminacji nosowania otwartego.

Tak ustalony algorytm postępowania porządkuje myślenie praktyczne i pozwala, aby opis językoznawczy zajął właściwe, należne mu miejsce, a najnowsze zdobycze nauk biologiczno-medycznych służyły celom praktycznym przy ustalaniu wstępnej, całościowej diagnozy logopedycznej opartej na etiologii.

### 3. Sposób opisu i analizy zaburzeń realizacji fonemów języka polskiego u osób z rozszczepem podniebienia – wykorzystanie istniejących możliwości i propozycji

Jak do tej pory, brak w literaturze pełnego językoznawczego opisu realizacji fonemów języka polskiego w przypadku osób z rozszczepem podniebienia. Badacze mowy rozszczepowej najczęściej koncentrują się wokół czynników wpływających na jakość wymowy (lub też wyniki badania wymowy są wskaźnikiem skuteczności zastosowanej metody leczniczej). Analiza stanu realizacji fonemów języka polskiego u osób z rozszczepem podniebienia ma jednak najczęściej charakter ilościowy, rzadko pojawiają się próby charakterystyki jakościowej. Zazwyczaj zwraca się uwagę na nosowanie, pomijając inne cechy głosek, o których pisałam wcześniej.

Istniejącą lukę w zakresie opisu wad wymowy u osób ze skróconym wędzidełkiem języka wypełniła B. Ostapiuk [2000], a w przypadku wad wymowy u osób z wadami zgryzu – L. Konopska [2001]. Przeprowadzone przez wymienione autorki badania w znacznym stopniu przybliżyły nie tylko zagadnienie dotyczące sposobu, w jaki mówią osoby dotknięte nieprawidłową budową wędzidełka lub wadą zgryzu, ale także – i może właśnie przede wszystkim – uwzględniły **metodę językoznawczego opisu głosek nieprawidłowych**.

Biorąc pod uwagę nazwy cech fonetycznych głosek, używanych do ich opisu w fonetyce, B. Ostapiuk dokonuje wyróżnienia rodzajów dyslalii<sup>37</sup>. Proponuje, aby **istotę zaburzenia** w realizacji fonemów opisywać za pomocą takich nazw, jak: dysbilabialność, dysdentalność, dyswelarność, dyswibracyjność itd. Nazwy te zostały utworzone od nazw **cech normatywnej artykulacji**, np. bilabialność (kontakt dwuwargowy) jest cechą głosek normatywnych: *p*, *b*, *m*. Odstępstwa od realizacji dwuwargowości to: dysbilabialność wargowo-zębowa, dysbilabialność polegająca na braku kontaktu wargowego itd. Zaletą takiego podziału polega na tym, iż **nie jest on zamknięty**, co oznacza, że istnieją nieskończone możliwości uzupełniania dokonanego wyróżnienia poszczególnych rodzajów zaburzeń cech normatywnej artykulacji. Z drugiej strony dla logopedy-praktyka, jak wskazuje B. Ostapiuk, ustalenie

<sup>37</sup> Obszernie na ten temat pisze B. Ostapiuk m.in. w „Audiofonologii” t. X s. 117-136 [Ostapiuk 1997].

odpowiedzi na pytanie: jaka cecha lub cechy normatywnej artykulacji nie zostały zrealizowane? skłania do postawienia pytania następnego: dlaczego dana cecha lub zespół cech nie został zrealizowany? Dlaczego zamiast oczekiwanej cechy pojawiła się inna, niepożądana cecha? [por. Ostapiuk 1997 s. 132].

Jak sądzę, podobny kanon opisu może być stosowany do charakterystyki artykulacji, jaką obserwujemy u osób z rozszczepem podniebienia.

W analizie językoznawczej w ten sposób opisanych zjawisk artykulacyjnych występujących u osób z rozszczepem podniebienia uwzględniam **teorię prototypów** stosowaną w lingwistyce oraz **sposób jej zastosowania do analizy językoznawczej**, jaki proponuje I. Nowakowska-Kempna [2000] w odniesieniu do systemu fonologiczno-fonetycznego języka polskiego.

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”.

Przykładowo – wykorzystując i rozwijając propozycję B. Ostapiuk oraz uwzględniając teorię prototypów w ujęciu I. Nowakowskiej-Kempnej, ustali-

łam wstępnie listę cech, według których można opisywać zmianę miejsca artykulacji. Proponuję, aby dyslokacje charakteryzować ze względu na: przestrzeń, istotę, rodzaje i kierunek zmiany w stosunku do normatywnego. Zgodnie z tym schematem opisałam dyslokacje przy realizacji fonemu /t/ u osób z rozszczepem podniebienia. Prototypowym kierunkiem zmiany miejsca artykulacji przy realizacji fonemu /t/ okazał się – tył, czyli utylnienie, a najczęstszym rodzajem dyslokacji – dorsalność i międzyzębowość. Szczegółowe dane odnośnie do innych parametrów dyslokacji przy realizacji fonemu /t/ przedstawiam w innej publikacji [Pluta-Wojciechowska 2002].

Opisane i zanalizowane przejawy zaburzeń wymowy osób z rozszczepem, wraz z innymi elementami diagnozy logopedycznej, należy wyjaśnić na gruncie nauk biologiczno-medycznych, aby uzyskać diagnozę opartą na etiologii i następnie opracować strategie postępowania naprawczego we współpracy z zespołem specjalistów zajmujących się leczeniem wielospecjalistycznym osób z rozszczepem.

Zastosowanie lingwistycznego sposobu opisu głosek wadliwych stworzy przesłanki do konstrukcji **systemu fonetycznego osób z rozszczepem podniebienia** jako **prototypu** mowy zdefektowanej, będącej następstwem rozszczepu. Jak sądzę, podobne można stworzyć dla wad wymowy o innej etiologii. Zwracałam na to uwagę, pisząc: „[...] dla innych wad anatomicznych w obrębie narządu żucia odnaleźć można inne prototypowe modele artykulacji, które będą konsekwencją specyficznych doświadczeń wynikających z budowy anatomicznej” [Pluta-Wojciechowska 2000 s. 117].

\*

Na zakończenie pragnę zwrócić uwagę na jeszcze jeden powód (oprócz korzyści naukowych i praktycznych dla logopedii), dla którego warto podejmować badania dotyczące patologii mowy, opisywać je i analizować. Zwraca na to F. Antkowski [1957 s. 27], pisząc:

„Kto zajmuje się bliżej zagadnieniami lingwistyki, ten winien z konieczności zapoznać się z przypadkami anormalnymi mowy ludzkiej, w których w postaci spotęgowanej znajdujemy te zjawiska, jakie w słabszym nasileniu możemy niekiedy zaobserwować w mowie osobników normalnych. Obserwacja przypadków patologicznych mowy może więc stanowić dla nas rodzaj naturalnych eksperymentów przeprowadzanych przez samą naturę”.



## 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: PWN.
- 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 in.) (1992). Phonetic and Phonologic Skills of Two-Year-Olds with Cleft Palate. Tamże 29, 433-441.
- Copeland M. (1990). The Effects of Very Early Palatal Repair on Speech. „British Journal Plastic Surgery” 43, 6, 676-682.
- Dalton R. (i in.) (1988). Minimal Standards for Reporting the Results of Surgery on Patients with Cleft Lip, Palate, or Both: A Proposal. „Cleft Palate Journal” 25 nn.
- Dobrowolska-Pietróń B. (1990). Artykulacja a nosowanie w rozszczepie podniebienia. „Czasopismo Stomatologiczne” 43, 11-12, 708-711.
- Dudkiewicz Z. (1999). Rozszczep wargi i podniebienia – leczenie chirurgiczne. Poglądy własne i innych autorów. „Medycyna Wieku Rozwojowego” 3, 3, 352 nn.
- Gajer M. (i in.) (2000). Ocena stopnia uszkodzenia mowy przy wykorzystaniu sieci neuro nowej Kohonena. W: Materiały II Sympozjum „Modelowanie i Pomiary w Medycynie”, Kraków, s. 37-146.
- Encyklopedia Wiedzy o Języku Polskim (1978). Red. S. Urbańczyk (i in.), Wrocław-Warszawa-Kraków-Gdańsk: „Ossolineum”, s. 342 n.
- Galkowski T., Grossman J. (1987). Determinanty rehabilitacji zaburzeń mowy, Warszawa: AWF.
- Galkowski T., Grossman J. (1963). Zagadnienia rehabilitacji foniatrycznej u dzieci operowanych z powodu wrodzonego rozszczepu podniebienia. W: Pamiętnik VII Konferencji Naukowej Sekcji Chirurgii Dziecięcej Towarzystwa Chirurgów Polskich. Poznań 18-19 X.
- Grabias S. (1997). Mowa i jej zaburzenia. „Audiofonologia” 10, 9-36.
- Green M. (1960). Speech Analysis of 263 Cleft Palate Cases. „Journal Speech and Hearing Disorders” 25 (1), 43-48.
- Grossman J. (i in.) (1996). Analiza czynników determinujących wyniki rehabilitacji dzieci z rozszczepami podniebienia. W: „Postępy rehabilitacji”. Suplement II, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 319-322.
- Henningson G. (i in.) (1986). Velopharyngeal Movement Patterns in Patients Alternating between Oral and Glottal Articulation: A Clinical and Cineradiographical Study. „Cleft Palate Journal” 23, 1 nn.
- Henningson G. (i in.) (1987). Influence of Palatal Fistulae on Speech and Resonance. „Folia Phoniatria” 39, 183-191.
- Hirschberg J., Van Denmark D. R. (1997). *A Proposal for Standardization of Speech and Hearing Evaluations to Assess Velopharyngeal Function*. „Folia Phoniatria et Logopaedica” 49, 158-167.
- Hortis-Dzierzbicka M. (1999). Rozszczep wargi i podniebienia – problematyka mowy rozszczepowej. „Medycyna Wieku Rozwojowego” 3, 3, 369-375.
- Hortis-Dzierzbicka M., Dudkiewicz Z. (2000). Nowoczesna diagnostyka niewydolności podniebiennie-gardłowej. „Nowa Pediatria” 18, 21-23.
- Hortis-Dzierzbicka M. (i in.) (2000). Nosowanie otwarte – przyczyny, diagnostyka, sposoby eliminacji. Tamże 18, 18 nn.

- 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. Red. Z. Dudkiewicz, Warszawa: Instytut Matki i Dziecka, s. 19-24.
- Jassem W. (1973). Podstawy fonetyki akustycznej, Warszawa: PWN.
- 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: Wydawnictwo UG, s. 7-27.
- Kania J. (1982). Szkice logopedyczne, Warszawa, s. 9-25.
- Kobus K. (1994). Operacje kostne w rozszczepach twarzy. „Czasopismo Stomatologiczne” 47, 10, 655-671.
- Kobus K. (1997). W poszukiwaniu skutecznych metod leczenia rozszczepów wargi i podniebienia. „Polski Przegląd Chirurgiczny” 69 (12), 1342-1352.
- Konopska L. (2001). Zniekształcenia dźwiękowych realizacji fonemów języka polskiego u osób z wadami zgryzu. Rozprawa doktorska – Warszawa.
- Kot M. (1995). Ocena odległych wyników zespolonego leczenia jednostronnych rozszczepów wargi, wyrostka żębodołowego i podniebienia. Praca doktorska.
- Kowalski M. (1971). Zaburzenia czynnościowe w rozszczepie podniebienia. „Czasopismo Stomatologiczne” 24 nn.
- Kowalski M. (i in.) (1972). Ocena mowy u chorych z rozszczepem podniebienia z punktu widzenia odległych wyników leczenia operacyjnego. „Otolaryngologia Polska” 26, 1, 107-112.
- Kubik P., Namysłowski G., Pisulka-Otremba A. (1995). Badanie słuchu u dzieci z rozszczepem podniebienia. „Annales Academiae Medicae Stetinensis” 30 nn.
- 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. Red. Z. Dudkiewicz, Warszawa: Instytut Matki i Dziecka, s. 24-33.
- Langacker R. (1995). Wykłady z gramatyki kognitywnej, Lublin: Wyd. UMCS.
- Łączkowska M. (1975). Jamy rezonacyjne nosa. „Otolaryngologia Polska” 3, 279-287.
- Łączkowska M. (1968). Mechanizm mowy w przypadkach rozszczepów wargi, żębodołu i podniebienia twardego i miękkiego. Tamże 27, 1 nn.
- McWilliams B. J. (i in.) (1990). Cleft Palate Speech, s. 254-275.
- Mierzejewska H. (1998). Lingwistyczne podstawy diagnozy logopedycznej. W: Logopedia jako nauka interdyscyplinarna – teoretyczna i stosowana, s. 23-25.
- Mitrinowicz-Modrzejewska H. (1963). Fizjologia i patologia głosu, słuchu i mowy, Warszawa: PZWL.
- Mitrinowicz-Modrzejewska A. (i in.) (1965). Wady rozwojowe podniebienia jako zaburzenia wieloukładowe. „Rozprawy Wydziału Nauk Medycznych” 10, 1, 33-123.
- Moore W. H., Sommers R. K. (1973). Phonetic Contexts: Their Effects on Perceived Nasality in Cleft Palate Speakers. „Cleft Palate Journal” 10, 72-83.
- Nowakowska-Kempna I. (2000). Jednostki językowe w analizie prototypowej. Katowice: Wyd. UŚ.
- Ostapiuk B. (2000). Warunki skuteczności logopedycznej terapii dyslalii ankyloglosyjnej. Rozprawa doktorska.
- Ostapiuk B. (1997). Zaburzenia dźwiękowej realizacji fonemów języka polskiego – propozycja terminów i klasyfikacji. „Audiofonologia” 10, 117-136.
- Ostaszewska D., Tambor J. (1997). Podstawowe wiadomości z fonetyki i fonologii współczesnego języka polskiego, Katowice: Wyd. UŚ.
- Pisulka A. (1958). Zaburzenia wymowy przy rozszczepach i ortodontyczne możliwości pomocy logopedzie w ich leczeniu. „Czasopismo Stomatologiczne” 12.
- 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.
- Pluta-Wojciechowska D. (2000). Językoznawczy model terapii mowy dziecka z rozszczepem podniebienia. W: Teoretyczne podstawy metod usprawniania mowy – Afazja – Zaburzenia rozwoju mowy s. 109-123.

- Pluta-Wojciechowska D. (2002). Realizacja fonemu /t/ ze względu na miejsce artykulacji u osób z rozszczepem podniebienia pierwotnego i/lub wtórnego, „Logopedia” 30, 115-130.
- Pluta-Wojciechowska D. (1999). Wybrane zagadnienia terapii mowy dzieci z rozszczepem podniebienia. „Logopedia” 26, 149-161.
- Pruszewicz A. (1992). Foniatria kliniczna, Warszawa: PZWL.
- Rocławski B. (2001). Podstawy wiedzy o języku polskim dla glottodydaktyków, pedagogów, psychologów i logopedów, Gdańsk: Glottispol.
- Rocławski B. (1986). Poradnik fonetyczny dla nauczycieli, Warszawa: WSiP.
- Rosch E. B. (1978). Principles of Categorization. W: Cognition and Categorization. Ed. E. Rosch, B. Lloyd, New Jersey: Erlbaum Associates Hillsdale, s. 27-48.
- Sekula A. (1993). Ocena foniatryczna, akustyczna i rhinospirometryczna niepowodzeń w leczeniu operacyjnym rozszczepów podniebienia. Praca na stopień doktora nauk medycznych. Poznań.
- Show B. (i in.) (2000). The Eurocleft Project 1996-2000, Amsterdam–Berlin–Oxford–Tokyo–Washington, DC.
- Stecko E. (1966). Znaczenie oceny i wczesnej stymulacji logopedycznej dziecka z rozszczepem wargi i/lub podniebienia. W: II Konferencja Robocza – rehabilitacja mowy. Rozszczep wargi i podniebienia. Red. Z. Dudkiewicz, Warszawa: Instytut Matki i Dziecka, s. 38-45.
- Steffen-Batogowa M. (1975). Automatyzacja transkrypcji fonematycznej tekstów polskich. Warszawa: PWN.
- 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 nn.
- Tronczyńska J. (1973). Ocena wyników chirurgicznego i foniatrycznego leczenia rozszczepów podniebienia. W: Pamiętnik XI Konferencji Naukowej Sekcji Chirurgii Plastycznej Towarzystwa Chirurgów Polskich, Łódź 5-6 XI 1971, Warszawa: PZWL, s. 77 nn.
- Tronczyńska J. (1968). Wpływ zaburzeń szczękowo-zgrzyzowych na rozwój mowy u dzieci z rozszczepami podniebienia. „Czasopismo Stomatologiczne” 22, 651 nn.
- Tronczyńska J. (1968). Zaburzenia słuchu i czynności trąbki Eustachiusza w rozszczepach podniebienia. „Otolaryngologia Polska” 22, 3 nn.
- Trost J. E. (1981). Articulatory Additions to the Classical Description of the Speech of Persons with Cleft Palate. „Cleft Palate Journal” 18, 193-203.
- Van Demark D. R. (1974). Assessment of Articulation for Children with Cleft Palate. „Cleft Palate Journal” 11, 200-208.
- Van Demark D. R. (1997). *Diagnostic Value of Articulation Tests with Individuals Having Clefts*. „Folia Phoniatria-Logopaedica” 49, 147-157.
- Van Demark D. R. (1979). Patterns of Articulation Abilities in Speakers with Cleft Palate. „Cleft Palate Journal” 16, 230-239
- Van Demark D. R. (1979). Predictability of Velopharyngeal Competency. Tamże 429-435.
- Wielki słownik angielsko-polski (1966). Red. W. Jassem, Warszawa.
- Wierzchowska B. (1980). Fonetyka i fonologia języka polskiego, Wrocław–Warszawa–Kra-ków–Gdańsk: „Ossolineum”.
- Wierzchowska B. (1965). Wymowa polska, Warszawa.
- Wójcicka G. (2000). Zastosowanie badania nazometrycznego w ocenie wyników leczenia operacyjnego i rehabilitacji rozszczepów podniebienia. Rozprawa doktorska.
- Wyatt R. (i in.) (1996). Cleft Palate Speech Dissected: A Review of Current Knowledge and Analysis. „British Journal of Plastic Surgery” 49, 143-149.
- Zaleski T., Czajka J. (1969). Metoda oceny mowy dziecka dotkniętego rozszczepem podniebienia. „Logopedia” 8/9, 71-74.
- 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, s. 125-149.