2022 LOGOPEDIA 51/1
ISSN 0459-6935 https://doi.org/10.24335/h6qq-qx66 205–224

DANUTA PLUTA-WOJCIECHOWSKA
Uniwersytet Śląski
Zakład Socjolingwistyki i Społecznych Praktyk Komunikowania
ORCID ID: https://orcid.org/0000-0003-0425-6006

Tak zwane seplenienie boczne. O objawie i mechanizmie zaburzeń

The so-called lateral lisp. About the symptom and mechanism of disorders

STRESZCZENIE

Autorka przedstawia podstawowe zagadnienia dotyczące różnych form zaburzeń realizacji fonemów dentalizowanych, które są nazywane w logopedii seplenieniem bocznym. Przyjmuje założenia związane z fundamentalnymi aspektami postępowania w przypadku dyslalii, opierając się na najnowszych wynikach badań zaburzeń realizacji fonemów o etiologii anatomicznej i/lub czynnościowej. Odnosi się do nazwy „seplenienie boczne", a także objaśnia mechanizm tego typu zaburzeń, jednocześnie uwzględniając analizy innych autorów.

Słowa kluczowe: zaburzenia artykulacji spółgłosek dentalizowanych, wady wymowy, seplenienie boczne, diagnoza wad wymowy.

SUMMARY

The author presents the basic issues concerning various forms of impediments in the production of dental phonemes, which are called lateral lisp in speech therapy. The author makes assumptions related to the fundamental aspects of the management of dyslalia, based on the latest results of research on disorders of phoneme realization of anatomical and / or functional ethology. One also refers to the name "lateral lisp", and explains the mechanism of this type of disorder, at the same time taking into account the analyses of other authors.

Key words: articulation disorders of dentalised consonants, speech disorders, lateral lisp, diagnosis of speech impediments.

WPROWADZENIE

Doświadczenia, jakie przynoszą mi kontakty z logopedami podczas prowadzonych wykładów i warsztatów, skłaniają do kilku refleksji. W trakcie tych spotkań często formułują opinie, że tzw. seplenienie boczne jest dla nich szczególnie trudne w likwidacji[1]. Rozmowy z logopedami utwierdzają mnie w przekonaniu, że po pierwsze niektórzy z nich mają trudności z diagnozą wad wymowy, w tym z określeniem mechanizmu zaburzenia, a zatem – co oczywiste – również z planowaniem i prowadzeniem terapii, po drugie zaś znają głównie lub wyłącznie jedno z możliwych podejść interwencji w przypadku dyslalii, a mianowicie ujęcie tradycyjne. Jestem głęboko przekonana, że źródłem efektywnej terapii logopedycznej, w tym doboru metod postępowania, także w przypadku zaburzeń realizacji fonemów dentalizowanych zwanych seplenieniem bocznym, jest odkrycie mechanizmu zaburzenia, jego analiza oraz myślenie strategiczne podczas planowania terapii.

Celem opracowania jest porównanie tradycyjnego i nowego sposobu opisu nienormatywnej realizacji fonemów dentalizowanych, które nazywane są tradycyjnie seplenieniem bocznym, a także analiza mechanizmu zaburzenia. Przygotowane opracowanie wpisuje się w realizowany przeze mnie od lat cel, jakim jest popularyzacja nowego ujęcia dyslalii, które umożliwia inne, a w moim rozumieniu pełniejsze wyjaśnienie wielu zjawisk dotyczących nienormatywnej realizacji fonemów niż ujęcie tradycyjne; jest też głosem w dyskusji na temat tzw. seplenienia bocznego, które nie doczekało się w polskiej logopedii wyczerpującego opracowania.

PRZYJĘTE ZAŁOŻENIA

Prowadząc analizy na podjęty temat na podstawie nowego ujęcia dyslalii przyjmuję, że:

- zgodnie z formułą EBP (Evidence Based Practice – w wolnym tłumaczeniu to „praktyka oparta na dowodach") w projektowaniu terapii logopedycznej należy uwzględnić 1. wyniki diagnozy objawowo-przyczynowej, 2. wyniki badań naukowych odnoszących się do metod postępowania dotyczących stwierdzonego podczas diagnozy zaburzenia, a także 3. wartości, potrzeby i oczekiwania pacjenta[2];

[1] Podobne komentarze przedstawiają autorzy zachodni (np. Newman 2013; Clark 2022). W przedstawionej analizie uwzględniam jednak głównie opracowania polskich badaczy z uwagi na charakterystyczne cechy polskich głosek dentalizowanych.

[2] Zob. strona ASHA American Speech-Language Hearing Association https://www.asha.org/Research/EBP/Evidence-Based-Practice/ (data dostępu: 28.07.2022).

- skuteczna terapia wynika z rzetelnej diagnozy, co wydaje się truizmem, jednak ocena artykulacji nie jest prowadzona w taki sam sposób przez wszystkich logopedów, co prowadzi do rozbieżności opinii na temat wymowy tego samego pacjenta badanego przez różnych logopedów, a także przyczynia się w efekcie do odmiennych modeli prowadzonej terapii; diagnoza będąca podstawą terapii objawowo-przyczynowej powinna mieć charakter objawowo-przyczynowy (Grabias 2008, 2012; Ostapiuk 1997, 2013, 2002; Konopska 2002, 2006, 2015; Pluta-Wojciechowska 2008ab, 2010, 2011, 2015, 2019ab, Emiluta-Rozya 2013; Sambor 2015, 2021; Malicka 2019; Jeżewska-Krasnodębska 2019); wiąże się to z rozumieniem przez logopedę mechanizmu zaburzeń; istotna jest też analiza struktury nienormatywnego systemu fonemowo-fonetycznego, a nie tylko rozpoznanie poszczególnych głosek wadliwych; jeśli logopeda nie odkryje mechanizmu zaburzenia, czyli nie powiąże objawu zaburzeń realizacji fonemów z ich przyczynami (odkrywanymi na miarę współczesnej wiedzy), jego diagnoza będzie mieć charakter objawowy, a prowadzenie na takiej kanwie terapii można porównać – używając metafory[3] – do naprawiania samochodu bez znajomości przyczyn usterki;
- podczas badania realizacji fonemów wskazane jest uwzględnienie strategii analityczno-fonetycznej, która wykorzystuje słuchowo-wzrokową ocenę wyróżnionych i opisanych w fonetyce cech badanej głoski[4] (zob. Ostapiuk 1997, 2013; Konopska 2002, 2006, 2015; Pluta-Wojciechowska 2008ab, 2010, 2011, 2019ab; Sambor 2015, 2021; Malicka 2019); słuchową metodę badania wymowy preferują np. J.T. Kania (2001); H. Rodak (1992); A. Sołtys-Chmielowicz (2008); por. D. Emiluta-Rozya, Lipiec (2021);
- terapię wad wymowy można porównać do odwracania procesu destrukcyjnego wywołującego wadliwą wymowę, a zatem diagnoza objawowo-przyczynowa wyznacza ogólne kierunki terapii; jednakże nie zawsze jest możliwe usunięcie wszystkich przyczyn zaburzeń – zdarza się, że w przypadku niektórych z nich można jedynie obniżyć poziom intensywności niepożądanych zjawisk, a o innych przyczynach – być może – jeszcze nie wiemy w obliczu ciągle niepełnej wiedzy na temat czynników warunkujących język i zachowania językowe.

[3] Zgodnie z lingwistyką kognitywną metafora jest porównywana do kolejnego zmysłu i jest używana jako narzędzie poznawcze wszędzie tam, gdzie wyrażanie znaczeń za pomocą dostępnych środków językowych jest niewystarczające, trudne lub niemożliwe (Lakoff, Johnson 1988).

[4] D. Pluta-Wojciechowska zaleca wręcz w badaniu realizacji fonemów wykorzystywać, oprócz słuchu czy wzroku, także dotyk i różnego rodzaju eksperymenty, czyli pewne próby mające zobiektywizować badanie logopedyczne.

RÓŻNE NAZWY I OPISY TZW. SEPLENIENIA BOCZNEGO. PODSTAWY ANALIZY

W literaturze przedmiotu odnajdujemy różne określenia dla wady wymowy będącej przedmiotem opracowania, różne opisy mechanizmu tego zaburzenia czy też definicje niepożądanych cech fonetycznych z tą wadą związanych (np. Jastrzębowska 1999; Konopska 2006; Ostapiuk 1997, 2013; Pluta-Wojciechowska 2008ab, 2010, 2019ab; Pruszewicz 1992; Sołtys-Chmielowicz 2008; Trzaskalik 2016, 2017, 2018; znacznie uboższe opisy: Newman 2013-2016; Clark 2022; Jacky 2022); będzie o nich mowa w dalszej części opracowania.

W celu uporządkowania problematyki dotyczącej różnych opisów zaburzeń realizacji fonemów zwanych seplenieniem bocznym można wykorzystać analizę wad wymowy, w której wykorzystuje się podział na tradycyjne i nowe ujęcie dyslalii[5] (Pluta-Wojciechowska 2019, 2020). Wskazane dwie koncepcje różnią się sposobem prowadzenia diagnozy realizacji fonemów i interpretacji wykrytych zaburzeń, a także – co się z tym wiąże – sposobem prowadzenia terapii. Występujące odmienności diagnozy wynikają z przyjęcia różnych podstaw teoretycznych oraz związanej z nimi metody oceny artykulacji, przyjmowanej przez autorów prezentujących tradycyjne lub nowe ujęcie dyslalii. Obszerne rozważania czy komentarze na ten temat odnajdujemy w wielu publikacjach (np. Ostapiuk 1997, 2013, 2015; Konopska 2006, 2015; Pluta-Wojciechowska 2010, 2011, 2019ab, 2020; Sambor 2021, Malicka 2019). Dlatego też w niniejszym opracowaniu nie powielam szczegółowych analiz innych autorów (także swoich), ale przywołuję istotne różnice odnoszące się do diagnozy prowadzonej w ujęciu tradycyjnym i nowym.

Badanie realizacji fonemów z perspektywy tradycyjnej wynika z przyjęcia – jako metodologicznej kanwy – interpretacji wad wymowy w ujęciu J.T. Kani, sięgającej początków lat 60. ubiegłego wieku (Kania 2001). W aspekcie pierwszego etapu diagnozy, jakim jest ocena i opis objawu zaburzeń wymowy, oznacza to poszukiwanie substytucji, deformacji i elizji. Istotna jest metodyka prowadzonej diagnozy, którą przed wielu laty zaproponował J.T. Kania, a mianowicie słuchowa ocena realizacji fonemów. W świetle współczesnej wiedzy pominięcie

[5] Możliwe jest też trzecie ujęcie dyslalii, a mianowicie ujęcie „tradycyjne pudrowane". Polega ono na wykorzystaniu pewnych elementów nowej koncepcji w podejściu tradycyjnym, jednak – co istotne – przy braku fundamentalnych zmian podczas postępowania diagnostycznego i terapii. Termin *ujęcie tradycyjne pudrowane* zaproponowała D. Pluta-Wojciechowska podczas konferencji w 2022 roku (D. Pluta-Wojciechowska, wystąpienie pt. *Dlaczego o dyslalii trzeba dziś mówić inaczej?* (Ogólnopolska konferencja naukowa „Wadliwe realizacje fonemów. Teoria – Diagnoza – Terapia" zorganizowana z okazji Jubileuszu 45-lecia pracy zawodowej Pani Profesor Barbary Ostapiuk z Uniwersytetu Szczecińskiego w dniach 11-12 czerwca 2022 roku w formie online na platformie MC Teams).

oceny wzrokowej podczas badania artykulacji prowadzi do niepełnej lub wręcz fałszywej wiedzy o wymowie (Ostapiuk 2002, 2013; Pluta-Wojciechowska 2005, 2010, 2019ab, 2021). Logopedzi prowadzący diagnozę w ujęciu tradycyjnym wykorzystują do opisu nienormatywnej realizacji fonemów m.in. terminy typu: dyslalia jednoraka[6], dyslalia wieloraka, lelanie, kekanie czy seplenienie. A zatem nazwa „seplenienie boczne" łączy się z tradycyjną perspektywą analizy dyslalii. Pojawia się ona w publikacjach jako określenie jednej z możliwych wad wymowy głosek dentalizowanych obok seplenienia międzyzębowego, przyzębowego czy wargowo-zębowego (np. Pruszewicz 1992; Sołtys-Chmielowicz 1997, 2008; Demel 1978; Jastrzębowska 1999).

Nowa koncepcja dyslalii różni się od tradycyjnej m.in. metodą badania dźwiękowych realizacji fonemów (do ich oceny wykorzystuje się metodę słuchowo-wzrokową, a nawet słuchowo-wzrokowo-czuciowo-eksperymentalną), jak również sposobem opisu wadliwej wymowy. Zamiast terminów *lelanie* czy *seplenienie* proponuje się nazwy odzwierciedlające istotę niepożądanych cech fonetycznych odkrytych podczas badania realizacji fonemów (np. *przyzębowość*, *dorsalność*, *dysmedialność* czy – z innej perspektywy – np. *dyslokacja*). Istotne jest określanie relacji pomiędzy realizowanym fonemem a badaną głoską jako jego dźwiękową realizacją, co prowadzi do porządkowania niepożądanych zjawisk w klasy obejmujące nie tylko substytucje, elizje czy deformacje (Ostapiuk 1997, 2013; Konopska 2006, 2015; Pluta-Wojciechowska 2008a, 2010, 2019ab).

W analizie zmian miejsca artykulacji czy przepływu powietrza postuluje się też wykorzystanie ortodontycznej perspektywy oceny wad szczękowo-zgryzowych, która oparta jest na odniesieniu do trzech płaszczyzn przestrzennych, a mianowicie płaszczyzny strzałkowej (pośrodkowej), czołowej i poziomej (Orlik-Grzybowska 1964; Masztalerz 1981; Karłowska red. 2001). Oznacza to, że analiza zmian budowy artykulacyjnej głoski może być prowadzona z perspektywy trójwymiarowej (Pluta-Wojciechowska 2002[7]; Ostapiuk 2013).

---

[6] Refleksję budzi np. wyróżniona przez badaczy prezentujących ujęcie tradycyjne dyslalii kategoria wadliwej artykulacji, jaką jest dyslalia jednoraka. Trudno przyjąć, że np. ankyloglosja jako czynnik patogenny działać będzie tylko na jedną głoskę. Zob. badania, które prowadziła A. Trochymiuk i R. Święciński (2009) dotyczące wymowy grzbietowej, występującej podczas artykulacji wszystkich głosek.

[7] D. Pluta-Wojciechowska w 2002 roku pisała: „Nienormatywne miejsce artykulacji zajmuje inne położenie w przestrzeni jamy ustnej lub poza jamą ustną w stosunku do położenia określonego przez fonetykę. Dla ustalenia kierunku zmiany potrzebne jest wyznaczenie położenia danego punktu w przestrzeni. Niezbędny jest więc układ trzech płaszczyzn, które przecinając się pod kątem prostym rozgraniczają kierunki: **przód – tył, góra – dół, lewo – prawo"** (Pluta-Wojciechowska 2002, 127). Ten sposób analizy wyników prowadzonych badań realizacji fonemów u osób z wadą w obrębie środkowej części twarzoczaszki uwzględniający trzy płaszczyzny pozwolił autorce na określenie kierunku zmiany nienormatywnego miejsca artykulacji w stosunku do normatywnego miejsca tworzenia spółgłosek, biorąc pod uwagę np. kierunek w przód – w tył (Pluta-Wojciechowska 2002, 2008a, 2010).

Podsumowując krótkie rozważania odnoszące się do sposobu prowadzenia diagnozy w ujęciu tradycyjnym i nowym, można podkreślić, że w zależności od przyjęcia przez logopedę podczas prowadzenia diagnozy jednej z wyróżnionych koncepcji dyslalii powstanie różna wiedza nie tylko o objawie zaburzeń realizacji fonemów, ale także o jego przyczynach. Możemy bowiem przyjąć, że wszechstronnie zbadany i opisany objaw zaburzeń wymowy umożliwi zadanie właściwych pytań dotyczących przyczyn stwierdzonych nieprawidłowości. Wiąże się to z tezą, że każda cecha fonetyczna wynika z określonego układu, pozycji i ruchów narządów mowy, przy czym istotne są też procesy percepcyjne i czynności umysłu warunkujące rozwój mowy. Poznawanie mechanizmów powstawania niepożądanych cech w odniesieniu do konkretnych przyczyn (np. dorsalność w przypadku osób z rozszczepem wargi i podniebienia, dorsalność w ankyloglosji czy wadzie zgryzu) jest immanentną cechą nowej diagnozy dyslalii, która prowadzi do terapii objawowo-przyczynowej.

OPIS TZW. SEPLENIENIA BOCZNEGO W UJĘCIU TRADYCYJNYM

Wiele terminów opisujących nienormatywną realizację fonemów, wykorzystywanych w tradycyjnym ujęciu dyslalii, wywodzi się z foniatrii, co wynika chociażby z opracowania A. Sołtys-Chmielowicz (1997, 2008). Na przykład w publikacji z 1992 roku A. Pruszewicz pisze:

> […] seplenienie boczne (s. *lateralis*) – jest następstwem **odchylenia strumienia powietrza w czasie artykulacji z linii środkowej na bok**, często na stronę niedosłyszącego ucha. Ten typ artykulacji bardzo zniekształca głoskę s. (Pruszewicz 1992, 244, podkr. autorki niniejszego opracowania).

Zgodnie z tym opisem można przyjąć, że cechą tzw. seplenienia bocznego jest niepośrodkowy, czyli boczny przepływ powietrza podczas realizacji fonemów dentalizowanych (chociaż Autor zwraca uwagę tylko na jedną głoskę wadliwą). A zatem opis zaburzenia artykulacji w tym ujęciu uwzględnia jedną z trzech płaszczyzn przestrzennych, o których była mowa powyżej. Zwróćmy przy tym uwagę, że w przywołanym komentarzu Autor pomija opis układu języka, koncentrując się na niepośrodkowym przepływie powietrza.

A. Sołtys-Chmielowicz – jedna z przedstawicielek tradycyjnego ujęcia dyslalii – w taki sposób opisuje wadę wymowy zwaną seplenieniem bocznym:

> […] Seplenienie boczne (*sigmatismus lateralis*) występuje w kilku postaciach. Najczęściej charakteryzuje się **niesymetrycznym układem całego języka i szczelina wytwarzana jest z boku**. Miejsce wychodzenia powietrza jest zauważalne, gdyż w tym miejscu wargi się

> rozchylają. Rozróżniamy seplenienie boczne prawostronne (*dexter*), lewostronne (*sinister*) i obustronne (*bilateralis*). Zdarza się, że przy niesymetrycznym układzie języka brzmienie głosek jest **dobre**, ale zdecydowanie częściej jest zniekształcone. Inną postacią seplenienia bocznego jest wymowa ze zwarciem przednim – język może układać się jak przy głosce *l* (czyli układ jest **symetryczny**) i powietrze wychodzi boczną szczeliną. Powstaje bardzo nieprzyjemny dźwięk, który można określić jako coś pośredniego między *l* a *š*. Ten sposób wymowy jest częściej obserwowany przy szeregu dziąsłowym. (Sołtys-Chmielowicz 2008, 100, podkr. autorki niniejszego opracowania).

Przywołany opis jest jednym z obszerniejszych charakterystyk tego typu zaburzenia realizacji fonemów dentalizowanych i przez wiele lat służył logopedom w formułowaniu diagnozy. W przytoczonym powyżej cytacie refleksję budzą wyróżnione słowa. Autorka zwraca uwagę na niesymetryczny układ języka i niepośrodkowy przepływ powietrza oraz wymienia kilka form tzw. seplenienia bocznego. Mam wątpliwość, czy jest możliwe, że w przypadku niesymetrycznego układu języka brzmienie głosek może być dobre w obliczu znanego z fizyki prawa, że **dźwięk jest funkcją użytych narzędzi** (zob. dalsze rozważania na temat kategorii dysmedialności). Pojawiają się też inne refleksje. Uznanie przez logopedę, że **słyszany** dźwięk jest dobry (czy też może prawie dobry) ma charakter subiektywny, co wiąże się z ograniczeniami naszego słuchu, które sprawiają, że **nie słyszymy drobnych niuansów brzmieniowych docierających do nas dźwięków mowy** (Jassem 1971). Stąd słuchowa ocena wymowy nie jest wystarczająca, a włączenie wzroku do badania wymowy sprzyja obiektywizacji prowadzonej kwerendy. Moją uwagę zwracają też słowa następujące:

> Inną postacią seplenienia bocznego jest wymowa ze zwarciem przednim – język może układać się jak przy głosce *l* (czyli układ jest symetryczny) i powietrze wychodzi boczną szczeliną. Powstaje bardzo nieprzyjemny dźwięk, który można określić jako „coś pośredniego między *l* a *š*". (Sołtys-Chmielowicz 2008, 100; podkr. autorki niniejszego opracowania).

Z moich doświadczeń wynika, że boczny przepływ powietrza w ramach „symetrycznego układu języka", o jakim pisze Autorka, wiązać się może np. z nieprawidłową pozycją dalszej części języka niż przednia, która jest stosunkowo łatwa do obserwacji.

Obszerną analizę terminologii tradycyjnej używanej do opisu tzw. seplenienia bocznego przedstawiła J. Trzaskalik (2016, 2017, 2018). Na jej podstawie Autorka formułuje następujące uwagi:

> […] w literaturze logopedycznej za istotę tej wady uznaje się nie boczny wypływ powietrza, a niesymetryczne ułożenie języka (Styczek 1980; Minczakiewicz 1997; Sołtys-Chmielowicz 2011). Na dodatek boczność często kojarzona jest jeszcze nie z dysmedialnym wypływem powietrza, tylko z dysmedialnym – bocznym – ułożeniem języka podczas patologicznej realizacji (Skorek 2001). (Trzaskalik 2018, 812).

Efektem prowadzonych analiz jest zaproponowanie przez Autorkę następującej definicji seplenienia bocznego:

> […] za sygmatyzm lateralny/seplenienie boczne uznaję takie realizacje fonemów, które manifestują się bocznym/dysmedialnym wypływem powietrza, a mechanizm ich powstania związany jest z blokadą środkowego toru ustnego, który należy utożsamiać ze zwarciem narządów biorących udział w artykulacji. Cechy artykulacyjne pojawiające się jako nienormatywne to: **boczny wypływ powietrza jako objaw oraz blokada środkowego toru jako przyczyna.** (Trzaskalik 2018, 812, podkr. autorki niniejszego opracowania).

W świetle przytoczonego komentarza można przypuszczać, że za podstawę opisu wady wymowy nazywanej seplenieniem bocznym Autorka przyjęła budowę głoski [l]. Analiza przedstawionych uwag wskazuje, że J. Trzaskalik wykorzystuje terminologię charakterystyczną dla nowego ujęcia dyslalii (mam na myśli zwrot „boczny/**dysmedialny** wypływ powietrza"). Badaczka opisuje mechanizm powstawania bocznego/dysmedialnego/niepośrodkowego przepływu powietrza, wskazując, że blokada pośrodkowa jest przyczyną bocznego wypływu powietrza. Biorąc pod uwagę analizy przedstawione w dalszej części niniejszego opracowania, można zauważyć, że zaproponowana przez Autorkę definicja opisuje jedną z form tzw. seplenienia bocznego. Dla przykładu: asymetryczne ułożenie języka może być tak znaczne, że środkowa część toru, o którym pisze Autorka, pozostaje wolna, a powietrze wypływa bokiem. Z kolei w przypadku innego pacjenta odchylenie od linii pośrodkowej przepływającego strumienia powietrza wynosi zaledwie 1–2 milimetry i może wiązać się z nieznacznie asymetrycznym układem języka. Z pewnością zaanonsowany problem nadal wymaga badań.

TAK ZWANE SEPLENIENIE BOCZNE JAKO JEDNO Z WIELU ZABURZEŃ O TYPIE DYSMEDIALNOŚCI

Nowy paradygmat oceny wadliwej wymowy oparty na podstawach lingwistyczno-logopedycznych, przedstawiony przez B. Ostapiuk (1997, 2013), zawiera 20 cech fonetycznych, które umożliwiają ocenę realizacji fonemów spółgłoskowych za pomocą metody słuchowo-wzrokowej[8]. Jedną z perspektyw oceny dźwiękowej realizacji fonemów jest medialność[9], która dotyczy dwóch kategorii

[8] Autorka wymienia następujące pożądane cechy fonetyczne w realizacjach polskich fonemów spółgłoskowych (są one uporządkowane w zależności od rodzaju fonemu czy grupy fonemów): bilabialność, labiodentalność, dentalność postdentalność, welarność, apikalność, dorsalność, sonorność, nonsonorność, palatalność, nonpalatalność, nazalność, nonnazalność, kluzywność, frykatywność, afrykatywność, wibracyjność, lateralność, medialność, dentalizacja, adentalizacja (Ostapiuk 2013, 101–103).

[9] Medialny to inaczej środkowy (*Słownik języka polskiego PWN*, wersja elektroniczna https://sjp.pwn.pl/ data dostępu: 25.05.2022).

zjawisk: symetrii kontaktu języka, warg, żuchwy itd. podczas tworzenia głosek oraz przepływu powietrza, a zatem jest m.in. jedną z ważnych cech miejsca i sposobu artykulacji. W ujęciu badaczki medialność to:

1. **symetria kontaktujących się narządów** (języka, warg, łuków zębowych, więzadeł głosowych) w odniesieniu do płaszczyzny pionowej środkowej (sagitalnej) – wszystkie głoski;
2. **pośrodkowy przepływ powietrza → ← głoski ustne z wyjątkiem bocznych** (np. [l] oraz [ł zębowe]. (zob. B. Ostapiuk 2013a, 103; podkr. autorki niniejszego opracowania).

Zwróćmy uwagę – co wynika z analiz Autorki – że na podstawie terminu *medialność* można sporządzić definicję terminu *dysmedialność*. W takim kontekście dysmedialność dotyczy asymetrii pracy języka, warg, żuchwy itd. oraz niepośrodkowego przepływu powietrza[10]. A zatem do opisu zaburzeń artykulacji zwanych seplenieniem bocznym można używać terminu *dysmedialność* w aspekcie przepływu powietrza (Ostapiuk 1997, 2013), jako niepożądanej cechy fonetycznej występującej podczas nienormatywnej realizacji fonemów, także dentalizowanych.

Ze względu na wydzielenie przez Autorkę dwóch kategorii dysmedialności można wyróżnić różne konfiguracje tych cech, w szczególności pracy języka, a mianowicie:

- asymetryczne ułożenie języka i niepośrodkowy przepływ powietrza,
- symetryczne ułożenie języka i niepośrodkowy przepływ powietrza,
- asymetryczne ułożenie języka i pośrodkowy przepływ powietrza.

Przedstawione kompozycje dysmedialności umożliwiają opis położenia narządów mowy (tu w aspekcie pracy języka) oraz przepływu powietrza w odniesieniu do płaszczyzny pośrodkowej i już w tym zakresie uświadamiają, jak złożone, różnorodne i – dodajmy – niezwykłe układy i ruchy narządów mowy mogą występować podczas zaburzeń z kategorii dysmedialności. Jednak czy wszystkie z wyróżnionych konfiguracji dysmedialności nazwiemy seplenieniem bocznym? Jeśli przyjąć, że tzw. seplenienie boczne polega na niepośrodkowym przepływie powietrza (np. Pruszewicz 1992; Trzaskalik 2018), to trzecia z wyróżnionych konfiguracji dysmedialności nie może zostać nazwana seplenieniem bocznym.

D. Pluta-Wojciechowska rozdziela nienormatywne cechy dotyczące miejsca artykulacji oraz sposobu artykulacji, mając na myśli symetrię i pośrodkowość odbywających się zjawisk dotyczących pracy narządów. Wiąże się to z przedstawionym w wielu publikacjach Autorki protokołem badania spółgłosek z wyszczególnieniem czterech kategorii fonetycznych: miejsca artykulacji, sposobu artykulacji, udziału rezonatora nosowego, udziału wiązadeł głosowych (2008ab, 2017,

[10] Zob. uwagę na temat przepływu powietrza podczas artykulacji głosek bocznych zawartą w przytoczonej definicji medialności. To istotne dla jasności dalszych rozważań.

2019a, 128). Taka strategia ma uświadamiać logopedom konieczność oceny każdej cechy fonetycznej badanej głoski. Protokół uwzględniający cztery kategorie cech jest zatem sposobem pokazania obszernej i różnorodnej materii fonetycznej, jaka powinna być przedmiotem logopedycznej analizy. Konsekwentnie zatem dla opisu artykulacji o cechach nienormatywnych związanych z przesunięciem z linii symetrii narządu mowy, np. warg czy języka w zakresie miejsca artykulacji, Autorka proponuje używać nazw typu: dwuwargowość asymetryczna, dziąsłowość asymetryczna czy dorsalność asymetryczna, a dla nieprawidłowego ze względu na płaszczyznę pośrodkową przepływu powietrza stosuje nazwę „niepośrodkowy przepływ powietrza" (Pluta-Wojciechowska 2019a, 131–144).

RÓŻNY POZIOM ZŁOŻONOŚCI ZABURZEŃ W PRZYPADKU TZW. SEPLENIENIA BOCZNEGO

Seplenienie boczne może przybierać różne formy, o czym pisze wielu autorów, uwzględniając w szczególności stronność bocznego przepływu powietrza (np. Styczek 1981; Sołtys-Chmielowicz 2008; Jastrzębowska 1999; Skorek 2009)[11].

Odstępstwo przepływu powietrza od płaszczyzny pośrodkowej może być różne: od jednego do kilku czy nawet kilkunastu milimetrów. Co ważne, do zaburzeń o charakterze dysmedialnego przepływu powietrza podczas realizacji fonemów dentalizowanych mogą dołączyć się zmiany w zakresie innych cech fonetycznych niż medialność. A zatem zaburzenie realizacji fonemów dentalizowanych zwanych seplenieniem bocznym może prezentować różny poziom złożoności. Na przykład nienormatywna realizacja fonemów dziąsłowych dentalizowanych może przyjąć formę dziąsłowości asymetrycznej z niepośrodkowym przepływem powietrza, a w innym przypadku te same fonemy mogą być realizowane w postaci zębowości wraz z niepośrodkowym przepływem powietrza lub – u innego pacjenta – dorsalności asymetrycznej z niepośrodkowym przepływem powietrza i bezdźwięcznością w przypadku realizacji fonemów dźwięcznych czy nawet tylnojęzykowości asymetrycznej wraz z niepośrodkowym przepływem powietrza. Wspólną cechą wymienionych form zaburzeń jest niepośrodkowy przepływ powietrza (czasem współwystępujący z asymetrycznym układem warg czy żuchwy). Jednak opisane przykładowe nienormatywne realizacje fonemów (można je nazwać seplenieniem bocznym) są odmienne od realizacji normatywnych nie tylko ze względu na niepośrodkowy przepływ powietrza, ale i inne kategorie fonetyczne wyróżnione przez B. Ostapiuk (1997, 2013), takie jak (odpowiednio do przywołanych przykładów) np. apikalność czy sonorność.

[11] Por. wyniki analizy literatury logopedycznej dotyczące znaczenia terminu *seplenienie boczne*, jakie przedstawiła J. Trzaskalik (2018) – była o nich mowa powyżej.

Biorąc pod uwagę powyższe rozważania, do kategorii *seplenienie boczne* można zaliczyć nienormatywne realizacje fonemów dentalizowanych, których cechą jest **niepośrodkowy/boczny przepływ powietrza o różnym zakresie** (to cecha konieczna i wystarczająca, aby daną wadę zaliczyć do tej kategorii), przy czym oprócz dysmedialnego przepływu powietrza mogą wystąpić inne niepożądane cechy fonetyczne – można je opisywać, wykorzystując analizy B. Ostapiuk (1997, 2013a).

Różnorodność form nienormatywnych realizacji fonemów dentalizowanych zwanych seplenieniem bocznym może mieć zatem związek z:

- różnymi konfiguracjami dysmedialności rozumianej jako asymetria narządów mowy i/lub niepośrodkowy przepływ powietrza, przy czym – jak pisałam powyżej – trzecia z wyróżnionych konfiguracji (asymetryczne ułożenie języka i pośrodkowy przepływ powietrza) – zgodnie z powyższą definicją tzw. seplenienia bocznego – nie może zostać zaliczona do tej kategorii wady wymowy,
- ryzykiem nieprawidłowej pracy narządów mowy, które będą się objawiały również innymi niż niepośrodkowy przepływ powietrza niepożądanymi cechami fonetycznymi, np. dysnonnazalnością, dysapikalnością czy dyssonornością (zob. Ostapiuk 2013), co ilustrują częściowo przywołane przykłady powyżej.

Jeśli badacz przyjmie tradycyjną perspektywę analizy dyslalii, to być może zechce wyróżnić różne typy tzw. seplenienia bocznego ze względu na poziom złożoności wykrytych zaburzeń i w ten sposób uzupełni dotychczasowe tradycyjne typologie tej wady, w których uwzględnia się np. stronność przepływu powietrza (podział na seplenienie boczne lewostronne i prawostronne czy obustronne). Myślę, że nie jest to jednak zasadne. Racjonalniej będzie przyjąć jako podstawę diagnozy strategię badania i opisu realizacji fonemów, jaką oferuje nowa koncepcja dyslalii. Zwróćmy bowiem uwagę, że analizę złożoności zaburzeń występujących w tzw. seplenieniu bocznym, o których była mowa powyżej, ułatwiają terminy związane z nowym ujęciem dyslalii oraz związana z nimi wielozmysłowa ocena realizacji fonemów (Ostapiuk 1997, 2013; Konopska 2006, 2015; Pluta-Wojciechowska 2008, 2010, 2019; Sambor 2021; Malicka 2019). Odmienna niż tradycyjna strategia badania i analizy realizacji fonemów (nie tylko dentalizowanych) umożliwia zatem pełniejszy opis wadliwej wymowy, a – co za tym idzie – także jej interpretację. Wskazując na najważniejsze przyczyny tego zjawiska, można przedstawić poniższą analizę.

O RÓŻNICACH POMIĘDZY TRADYCYJNYM A NOWYM PARADYGMATEM DIAGNOZY WAD WYMOWY

Wykorzystując tradycyjne podejście do diagnozy zaburzeń realizacji fonemów, logopeda jest nastawiony na poszukiwanie substytucji i deformacji, w tym różnego rodzaju wyróżnionych w rozmaitych typologiach możliwych wad typu lelanie, kekanie czy seplenienie. Stąd nie dziwi, że formułując diagnozę, specjalista wykorzystuje do opisu nieprawidłowej wymowy określenia typu *seplenienie boczne prawostronne* (akcentuje zatem niepośrodkowy przepływ powietrza, przy pomijaniu – jak przypuszczam – innych możliwych zaburzeń cech fonetycznych występujących podczas realizacji fonemów dentalizowanych). Jeśli niepośrodkowy przepływ powietrza będzie dotyczyć także realizacji innych fonemów niż dentalizowane lub realizacje fonemów niedentalizowanych będą nienormatywne ze względu na inne kategorie fonetyczne niż medialność, to jego diagnoza najprawdopodobniej przybierze formę typu: seplenienie boczne lewostronne, lelanie, reranie, kekanie, geganie itp. Oznacza to, że logopeda będzie wymieniał nazwy wad wymowy, które odnoszą się do rodzaju głosek nienormatywnych, a nie niepożądanych cech fonetycznych.

Logopeda korzystający z nowej perspektywy analizy dyslalii nie będzie poszukiwał substytucji i deformacji czy też seplenienia, lelania czy kekania, ale przeprowadzi ocenę realizacji fonemów, uwzględniając wszystkie cechy fonetyczne głosek jako ich realizacji bez względu na jakość brzmienia badanego dźwięku mowy. Co więcej, po przeprowadzeniu takiej oceny logopeda sprawnie będzie mógł sporządzić analizę struktury systemu fonemowo-fonetycznego, co oznacza odkrycie pewnych tendencji dotyczących częstości występowania i rodzaju wadliwych cech fonetycznych występujących podczas realizacji wszystkich fonemów u danego pacjenta.

Specjalista bez trudu zauważy, że np. niepośrodkowy przepływ powietrza wykryty podczas oceny realizacji fonemów dentalizowanych współwystępuje z nienormatywnym tworzeniem innych cech (np. nonnazalności, apikalności; zob. Ostapiuk 1997, 2013) czy też – co istotne – że niepośrodkowy przepływ powietrza charakteryzuje / może charakteryzować także realizację innych fonemów niż dentalizowane. Taki wynik prowadzonych badań sprzyja nie tylko określeniu struktury zaburzonego systemu fonemowo-fonetycznego pacjenta, ale również może stać się osnową poszukiwania mechanizmu zaburzeń nie tylko głosek dentalizowanych, lecz też innych. Uwzględnienie podczas badania wymowy narzędzi nowego ujęcia dyslalii jest zatem szczególnie wskazane, gdyż tzw. seplenienie boczne jest / może być jednym z objawów działania tych samych czynników patogennych, co w przypadku dysmedialności występującej podczas realizacji fonemów niedentalizowanych. Będzie o tym mowa w kolejnej części opracowania.

O DYSMEDIALNEJ REALIZACJI INNYCH FONEMÓW NIŻ DENTALIZOWANE

Asymetria pracy narządów i/lub niepośrodkowy przepływ powietrza jako niepożądane cechy fonetyczne mogą występować nie tylko podczas realizacji fonemów dentalizowanych[12]. Badania prowadzone przez L. Konopską (2006, 2015a), D. Plutę-Wojciechowską (2008a, 2010, 2019b), B. Sambor (2021), I. Malicką (2019) upoważniają do konkluzji, że dysmedialność pracy języka, warg czy żuchwy można również obserwować podczas realizacji innych fonemów niż dentalizowane, np. /p/, /b/, /l/, /r/, /n/, /t/, /d/, /k/, /g/, /i̯/, /ń/[13]. Skłania to do refleksji związanej nie tylko z patomechanizmem tego typu artykulacji, ale także stosowanych metod terapii, w tym sekwencji terapii głosek, o czym wspomina np. B. Rocławski w odniesieniu do głosek itowych (2010; por. D. Pluta-Wojciechowska 2019a). Interesujące analizy dotyczące współwystępowania zaburzeń realizacji fonemów dentalizowanych z zaburzeniami realizacji fonemów niedentalizowanych prowadziła B. Sambor (2021).

O PRZYCZYNACH ZABURZEŃ

Coraz większa wiedza na temat czynników warunkujących rozwój dźwięków mowy w ontogenezie powoduje, że najprawdopodobniej można mówić o grupie czynników patogennych wywołujących nienormatywną realizację fonemów o typie tzw. seplenienia bocznego, a szerzej dysmedialności. W etiologii tego typu zaburzeń można wymienić uwarunkowania anatomiczno-czynnościowe, które będą wywoływały czy stwarzały ryzyko niesymetrycznej pracy narządów (ale też – w zależności od rodzaju czynnika patogennego – wykonywanie innych koniecznych dla artykulacji ruchów, np. wznoszenie języka) np. ankyloglosję, jednostronne zwężenie górnego łuku zębowego, zgryz krzyżowy, asymetrie budowy podniebienia twardego np. po operacji rozszczepu itp., przerośnięty jeden migdałek podniebienny, jednostronne żucie, asymetryczne połykanie i asymetryczną pozycję spoczynkową języka, (zob. badania B. Sambor na temat asymetrycznego połykania i pozycji spoczynkowej języka 2015); istotna może być również asymetria napięcia mięśniowego.

---

[12] Zob. uwagi na temat przepływu powietrza podczas realizacji fonemu /l/ zawarte w publikacji B. Ostapiuk (2013); przywołałam je w podrozdziale *Tak zwane seplenienie boczne jako jedno z wielu zaburzeń o typie dysmedialności*.

[13] Zwróćmy jednak uwagę, że w badaniach L. Konopskiej, D. Pluty-Wojciechowskiej czy B. Sambor nie brały udziału osoby ze średnio i znacznie skróconymi wędzidełkami języka, co oznacza, że pewne cechy wadliwej artykulacji mogły nie wystąpić.

Jeśli przeprowadzimy analizę objawu zaburzeń realizacji fonemów o charakterze dysmedialności (nie tylko w zakresie niepośrodkowego przepływu powietrza podczas realizacji fonemów dentalizowanych) i zestawimy ją z wymienionymi przykładowo przyczynami, to nie dziwi nas, że wskazane nieprawidłowości mogą towarzyszyć nie tylko seplenieniu bocznemu, ale i innym wadom wymowy. W obliczu rozmaitych trudności w wykonywaniu potrzebnych do realizacji fonemów ruchów narządów mowy i ich kontroli człowiek włącza różne strategie kompensacyjne, czyli ruchy zastępcze. Wiąże się to z tezą, że czynności prymarne wraz z warunkami anatomicznymi, tworząc biomechaniczną bazę rozwoju fonetycznego, mają wpływ na sposób tworzenia głosek (Hiiemae, Palmer 2003; Serrurier, Badin, Barney, Boë, Savariaux 2012; Mackiewicz 1992, 2001, 2002; Pluta-Wojciechowska 2021, 2019ab; Sambor 2015, 2021; Malicka 2019). Zdobywane doświadczenia orofacjalne związane np. z asymetrycznym żuciem, gryzieniem, pozycją spoczynkową czy połykaniem współwystępujące np. z ankyloglosją czy wadą zgryzu są wykorzystywane podczas artykulacji. Jednakże pełna rekonstrukcja mechanizmu zaburzeń wskazanego typu wymagałyby opisania związków pomiędzy warunkami anatomicznymi a czynnościami prymarnymi. Nie jest to jednak proste w obliczu z jednej strony tezy o tym, że struktura warunkuje funkcję, z drugiej zaś – zgodnie z teorią matrycy czynnościowej Mossa – wadliwie przebiegająca funkcja może wpływać na rozwój elementów strukturalnych narządu żucia (Moss 1997).

Czy asymetryczną pracę narządów mowy i niepośrodkowy przepływ powietrza podczas realizacji fonemów mogą wywoływać inne czynniki niż wymienione? Nie można wykluczyć, że na tak sformułowane pytanie odpowiedź może yć twierdząca[14]. Aby wiarygodnie rozwiązać sformułowany problem, należałoby przeprowadzić badania ze starannym wyprofilowaniem tzw. czystych grup osób, które prezentują ściśle określone warunki anatomiczno-czynnościowe narządów mowy oraz inne cechy rozwoju. Nie jest to zadanie łatwe także ze względu na jak-

[14] Zob. badania M. Łuszczuk dotyczące stronności żucia w kontekście lateralizacji (2020). Komentując wyniki prowadzonych badań, Autorka pisze: „Zauważono, że u większości badanych dominuje raczej jednostronny model żucia, przy czym u ponad połowy badanych preferowana strona żucia znajduje się po tej samej stronie co ręka dominująca. Jednocześnie około 1/3 uczestników podczas żucia używa jednakowo obu stron. Analiza, zarówno test Chi-kwadrat, jak i model regresji, potwierdziła, że preferowana strona żucia jest istotnie związana z preferencją ręki" (2020, 83–84). Jednocześnie Autorka słusznie zauważa, że: „Referowane badania oparto na autoobserwacji uczestników oraz ich deklaracji i wiedzy dotyczącej własnego stanu zdrowia; nie uwzględniono szerokiej diagnostyki specjalistycznej, dotyczącej na przykład stanu uzębienia, stanu stawów skroniowo-żuchwowych czy postawy ciała. Wyniki przedstawione w niniejszym artykule należy zatem potraktować z ostrożnością, jako punkt wyjścia do dalszych projektów o poszerzonym zakresie z uwzględnieniem specjalistycznej diagnostyki" (2020, 93). Myślę, że do tej uwagi należałoby dodać konieczność oceny innych elementów strukturalnych (a także funkcjonalnych) narządu żucia, np. jakość wędzidełka języka.

że różnorodną metodykę oceny nie tylko artykulacji, ale także np. połykania czy ruchomości języka w kontekście ankyloglosji, jaką obserwuje się wśród badaczy dyslalii i naukowców zajmujących się tym zaburzeniem okazjonalnie.

PODSUMOWANIE I WNIOSKI

W przygotowanym opracowaniu przedstawiłam dwie strategie badania i opisu nienormatywnych realizacji fonemów: tradycyjną i nową. Odmienne sposoby prowadzenia diagnozy owocują różną wiedzą na temat wadliwej wymowy i jej przyczyn, także w przypadku tzw. seplenienia bocznego. Biorąc pod uwagę propozycję J. Trzaskalik (2018), przedstawione w niniejszej publikacji analizy obejmują więcej kategorii tej wady wymowy, niż wynika to z propozycji Autorki[15]. Biorąc pod uwagę funkcję, jaką spełnia podsumowanie czy formułowanie wniosków, poniżej prezentuję syntezę wcześniej wyrażonych treści. Oznacza to, że niektóre z nich, a sformułowane w innej formie, mogą się powtarzać.

Efektem stosowania tradycyjnej drogi oceny realizacji fonemów jest zazwyczaj opis wad wymowy w postaci określeń typu seplenienie boczne czy lelanie (lub też np. dyslalia wieloraka). Zwróćmy uwagę, że – w świetle przedstawionych rozważań – niepośrodkowy przepływ powietrza jako immanentna cecha tzw. seplenienia bocznego może występować również podczas realizacji innych fonemów niż dentalizowane, a także wada ta może prezentować różny poziom złożoności. Przyjmując, że logopeda stosujący tradycyjny model diagnozy bada wymowę jedynie słuchem (a tak niestety ciągle się zdarza), to najprawdopodobniej nie rozpozna niepośrodkowego przepływu powietrza obecnego podczas realizacji innych fonemów niż dentalizowane[16]. Jeśli jednak takie realizacje rozpozna, to najprawdopodobniej obok nazwy *seplenienie boczne* umieści kolejne określenia odnoszące się do głosek wadliwych, a mianowicie np. *kekanie* czy *reranie*. Terminy te nie wniosą istotnej wiedzy ani o istocie nienormatywnej realizacji fonemów,

[15] Autorka uznała, że seplenienie boczne cechują dwie właściwości, a mianowicie boczny przepływ powietrza oraz blokada pośrodkowa (Trzaskalik 2018). Była o tym mowa w jednej z wcześniejszych części opracowania.

[16] Warto zwrócić uwagę, że dysmedialny przepływ powietrza występujący podczas realizacji np. fonemów /n, t, d/ może nie powodować tak znacznych zmian brzmienia dźwięków mowy (w ocenie audytywnej), jak w przypadku np. dysmedialnej realizacji fonemów dentalizowanych zębowych. Ma to związek z różnicami w budowie artykulacyjnej obu kategorii dźwięków mowy (zob. np. Rocławski 2010). Wiedza o występowaniu zmian pracy narządów mowy w zakresie medialności (i nie tylko) podczas realizacji fonemów innych niż dentalizowane ma kluczowe znaczenie nie tylko dla diagnozy, ale także prowadzenia terapii logopedycznej. Istotne jest określanie powiązań pomiędzy głoskami wadliwymi, co oznacza badanie struktury zaburzonego systemu fonetycznego (zob. Rocławski 2010; Pluta-Wojciechowska 2007, 2019; Sambor 2021). Spełnienie tego postulatu umożliwia nowe ujęcie dyslalii.

ani o jej przyczynach. Analiza struktury zaburzonego systemu fonemowo-fonetycznego, która jest jedną z podstaw interpretacji stwierdzonych zaburzeń oraz planowania terapii, na podstawie takiego opisu wadliwej artykulacji jest niemożliwa lub w znacznym stopniu utrudniona.

Podkreślmy też, o czym była już mowa, że tzw. seplenienie boczne może charakteryzować różny poziom złożoności, przy czym w opisie tego typu zjawisk wykorzystywałam terminologię charakterystyczną dla nowej perspektywy analizy dyslalii (Ostapiuk 1997, 2013). Dzieje się tak dlatego, że nowe ujęcie dyslalii, odwołując się do spójnych podstaw lingwistycznych i logopedycznych, umożliwia dokładniejszy i bardziej kompleksowy opis oraz wyjaśnianie stwierdzonych zaburzeń realizacji fonemów (np. Konopska 2006, 2015; Pluta-Wojciechowska 2008a, 2019; Sambor 2021; Malicka 2019) niż w przypadku stosowania paradygmatu tradycyjnego.

Logopeda korzystający z nowego ujęcia dyslalii bada realizacje fonemów, uwzględniając wszystkie wyróżnione w lingwistyce cechy badanych głosek za pomocą metody wielozmysłowej. Bada również głoski, które w ocenie słuchowej wydają się prawidłowe lub prawie prawidłowe. Poszukuje odpowiedzi na pytanie, w jaki sposób w głosce są odzwierciedlane cechy fonemowe, wykorzystując wyznaczone w lingwistyce i logopedii kategorie, np. dentalność, medialność, nazalność, sonorność itp. (Ostapiuk 1997, 2013; Konopska 2006; Pluta-Wojciechowska 2008, 2010, 2019; Sambor 2021; Malicka 2019). Badacz nie jest zatem nastawiony na odkrywanie substytucji, deformacji czy seplenienia lub lelania, ale skupia się na poszukiwaniu odpowiedzi na pytanie, w jaki sposób są tworzone cechy fonetyczne badanych głosek podstawowych jako dźwiękowych realizacji fonemów. Przyjmując taką perspektywę, specjalista z łatwością odkryje, że np. asymetria związana z miejscem artykulacji czy niepośrodkowy przepływ powietrza, nosowanie otwarte, dorsalność czy desonoryzacja są cechami realizacji wielu fonemów. Oznacza to, że po pierwsze odkryje powtarzający się nieprawidłowy układ czy pozycję narządów mowy skutkującą nienormatywnymi cechami fonetycznymi, po drugie – ma szansę przeprowadzić dokładną analizę struktury zaburzonego systemu fonemowo-fonetycznego pacjenta, po trzecie – z łatwością zaplanuje kolejne czynności pozwalające na odkrycie patomechanizmu odpowiadającego za wadliwą wymowę, np. badanie konkretnych opozycji fonemowych czy ruchomości języka i orofacjalnych czynności biologicznych itd. Zwróćmy uwagę, że oceniając głoski podstawowe jako realizacje fonemów, logopeda uzyskuje wiedzę nie tylko o głoskach nienormatywnych, ale identyfikuje także głoski normatywne czy też – przyjmując inną perspektywę – normatywne cechy fonetyczne. Na nich można będzie oprzeć terapię logopedyczną.

W świetle przedstawionych rozważań prowadzone przez badaczy dyslalii w nowym ujęciu[17] kwerendy umożliwiają dokładniejszy opis nienormatywnych realizacji fonemów niż z użyciem podejścia tradycyjnego. Czy zatem usankcjonowana tradycją nazwa *seplenienie boczne* nie może / nie powinna być stosowana? Odpowiedź na to pytanie nie jest najważniejsza w świetle zasady ekonomiki myślenia, niemnożenia bytów czy działania tzw. brzytwy Ockhama. Istotne jest jednak promowanie wśród logopedów nowego ujęcia dyslalii i podkreślanie, że stosowanie tego paradygmatu przyczynia się do pełniejszego i wielowątkowego wyjaśniania istoty i mechanizmu nienormatywnej realizacji fonemów niż w przypadku podejścia tradycyjnego. Niepożądane cechy fonetyczne głosek jako realizacji fonemów są analizowane w powiązaniu z całym systemem fonemowo-fonetycznym pacjenta, a nie tylko z perspektywy głoski czy kilku głosek. W podobny sposób, do przedstawionego w opracowaniu, można poddać rewizji inne kategorie zaburzeń realizacji fonemów wyodrębnione w tradycyjnych typologiach wad wymowy (np. inne typy seplenień) i w ten sposób ilustrować większą przydatność nowej koncepcji dyslalii dla diagnozy i terapii wad wymowy niż stosowanie analizy tradycyjnej.

Z pewnością należy nadal prowadzić badania zaburzeń artykulacji, stosując ocenę słuchowo-wzrokową i tzw. metody obiektywne[18]. Co więcej, należałoby przedstawione charakterystyki wad wymowy uzyskane z zastosowaniem metody wielozmysłowej porównać z wynikami oceny uzyskanej za pomocą specjalnych urządzeń. Wszak badania z zastosowaniem specjalnej aparatury mają służyć nauce i praktyce, a nie jedynie ciekawości prowadzącego naukowe analizy, chociaż to także ważna motywacja. Myślę też, że trzeba inaczej sformułować problem: nie pytać, co jest lepszą metodą oceny wymowy – badanie prowadzone bez urządzeń czy badanie z wykorzystaniem instrumentarium. Raczej zapytajmy: jakie cechy badanej głoski lepiej można ocenić za pomocą metody słuchowo-wzrokowej (np. napięcie czubka języka, symetrię w niektórych płaszczyznach), a jakie lepiej

[17] Nowe ujęcie czy spojrzenie na dyslalię w inny, a także pełniejszy sposób opisuje i wyjaśnia zaburzenia realizacji fonemów niż ujęcie tradycyjne, o czym była mowa w przedstawionym opracowaniu. Stąd przymiotnik *nowe* w określeniu odmiennego od tradycyjnego sposobu analizy dyslalii jest uzasadniony. W 2022 roku ukazała się książka D. Oziemczuk i M. Owsianowskiej zatytułowana *Nowe spojrzenie na wędzidełko języka u niemowląt i starszych dzieci*. Pomimo tytułu opracowania Autorki nie wnoszą nowych wątków, które służyłyby logopedycznej interpretacji ankyloglosji. Nie uwzględniają też publikacji na temat ankyloglosji jako jednej z przyczyn wadliwej wymowy, które ukazały się w ostatnich dekadach XXI wieku i odegrały kluczową rolę w zmianie myślenia o krótkim wędzidełku w etiologii wad wymowy. A zatem wprowadzenie do tytułu książki zwrotu „nowe" jest mylące.

[18] Każda z wyróżnionych metod badania artykulacji (ocena słuchowo-wzrokowa i ocena z użyciem instrumentarium) ma swoje ograniczenia (Ramanarayanan, Tilsenc, Proctord , Töger, Goldsteinf, Nayakf, Narayanan 2018).

czy inaczej za pomocą instrumentarium (np. niedostępne bezpośredniej obserwacji części narządów mowy i ich wzajemne relacje).

Jestem przekonana, że logopedzi pragnący zrozumieć mechanizm zaburzeń w przypadku dyslalii i jednocześnie efektywniej prowadzić terapię dostrzegą korzyści płynące ze stosowania nowych narzędzi analizy dyslalii, jakie są obecne w polskiej logopedii począwszy od 1997 roku – a zatem już nie całkiem nowych. Ważne jest zatem, aby podczas kształcenia logopedycznego studenci zostali zapoznani nie tylko z tradycyjnym ujęciem dyslalii, ale także z nową perspektywą badania i analizy zaburzeń realizacji fonemów. Istotne jest bowiem rozwijanie u przyszłych logopedów umiejętności prowadzenia analiz porównawczych, samodzielnego wysnuwania wniosków i myślenia strategicznego, które są niezbędne dla prowadzenia efektywnej terapii logopedycznej. Czy tak się zawsze dzieje podczas kształcenia logopedów w zakresie dyslalii? Nie jestem o tym przekonana.

BIBLIOGRAFIA

ASHA – American Speech-Language Hearing Association: www.asha. org/Research/EBP/Evidence-Based-Practice._https://www.asha.org/Research/EBP/Evidence-Based-Practice/ (data dostępu: 20.07. 2018).

Clark C., 2022*, Speech Therapy For a Lateral Lisp: A Case Study*. Blog Speech and Language Kids.

Demel G., 1978, *Minimum logopedyczne nauczyciela przedszkola*, Warszawa.

Emiluta-Rozya D., 2013, *Całościowe badanie logopedyczne z materiałem obrazkowym*, Warszawa.

Emiluta-Rozya D., Lipiec D., 2021, *Zaburzenia artykulacji – przyczyny, symptomatologia, klasyfikacje*, [w:] *Logopedia przedszkolna i wczesnoszkolna. Rozwój sprawności językowych. Podstawowe problemy logopedyczne*, t. 1, red. A. Domagałą, U. Mirecka, Gdańsk, s. 330–363.

Grabias S., 2008, *Postępowanie logopedyczne. Diagnoza, programowanie terapii, terapia*, „Logopedia" 37, s. 13–27.

Grabias S., 2012, *Teoria zaburzeń mowy. Perspektywy badań, typologie zaburzeń, procedury postępowania logopedycznego*, [w:] *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*, red. S. Grabias, Z.M. Kurkowski, Lublin.

Hiiemae K.M., Palmer J.B., 2003, *Tongue movements in feeding and speech*, „Critical Reviews in Oral Biology & Medicine", 14 (6), s. 413–429.

Jacky G., 2012, *Understanding Lateral Lisps,* [*w*:] *Speech Buddies. Blog Speech, Language Pronunciation Guides*, https://www.speechbuddy.com/blog/speech-disorders/understanding-lateral-lisps/?msclkid=e100e479a62511ec853fba950a8e452b

Jassem W., 1973, *Podstawy fonetyki akustycznej*, Warszawa.

Jastrzębowska G., 1999, *Dyslalia*, [w:] *Logopedia. Pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*, Opole, s. 429–461.

Jeżewska-Krasnodębska E., 2019, *Zaburzenia mowy u dzieci. Analiza zmian realizacji fonemów w badaniach podłużnych*, Warszawa.

Kania J.T., 2001, *Dyslalie na tle procesu rozwojowego artykulacji*. „Biuletyn Fonograficzny" 1967, 8. Przedruk J.T. Kania *Szkice logopedyczne*, Lublin, s.175–192.

Karłowska I., red, 2001, *Zarys współczesnej ortodoncji*, Warszawa.

Konopska L., 2002, *Jakość wymowy osób z wadą zgryzu*, „Logopedia" 31, s. 157–198.

Konopska L., 2006, *Wady wymowy u osób z wadami zgryzu*, Szczecin.

Konopska L., 2015, *Desonoryzacja w dyslalii. Analiza artykulacyjna, akustyczna i audytywna*, Szczecin.
Lakoff G., Johnson M., 1988, *Metafory w naszym życiu*, Warszawa.
Lorenc A., 2016, *Wymowa normatywna polskich samogłosek nosowych i spółgłoski bocznej*, Warszawa.
Łuszczuk M., 2020, *Czy (a)symetria w obrębie kompleksu orofacjalnego może być związana z preferencją ręki?* „Logopedia" 49, s. 83–94.
Mackiewicz B., 2002, *Dysglosja jako jeden z objawów zespołu oddechowo-połykowego*, Gdańsk.
Mackiewicz B., 2001, *Odwzorowanie czynności pokarmowych w ruchach artykulacyjnych*, „Logopedia" 29, s. 87–92.
Mackiewicz B., 1992, *Współzależność wad zgryzu i wymowy na tle przyczynowym*, „Magazyn Stomatologiczny" 2, s. 28–30.
Malicka I., 2019, *Dysfunkcje oddychania i połykania jako przyczyny zaburzeń mowy dzieci w wieku przedszkolnym oraz wczesnoszkolnym*, niepublikowana rozprawa doktorska napisana pod kierunkiem dr hab. prof. UŚ Danuty Pluty-Wojciechowskiej, Uniwersytet Śląski, Katowice.
Masztalerz A., 1981, *Zarys ortopedii szczękowej – ortodoncji*, Warszawa.
Moss M.L., 1997, *The functional matrix hypothesis revisited. 1. The role of mechano-transduction*, „Am. J. Orthod. Dentofacial Orthop." July 112(1), s. 8–11.
Newman D., 2013, *The Lateral Lisp. David Newmonic Language Games 2013–2016*. www.speechlanguage-resources.com (data dostępu: 17.03.2022).
Orlik-Grzybowska A., 1964, *Podstawy ortodoncji*, Warszawa.
Ostapiuk B., 1997, *Zaburzenia dźwiękowej realizacji fonemów języka polskiego – propozycja terminów i klasyfikacji*, „Audiofonologia" 10, s. 117–136.
Ostapiuk B., 2002, *Dziecięca artykulacja czy wada wymowy – między fizjologią a patologią,* „Logopedia" 31, s. 95-156.
Ostapiuk B., 2013, *Dyslalia. O badaniu jakości wymowy w logopedii*, Szczecin.
Pluta-Wojciechowska D., 2002, *Realizacja fonemu /t/ ze względu na miejsce artykulacji u osób z rozszczepem podniebienia pierwotnego i/lub wtórnego*. „Logopedia" 30, s. 115–130.
Pluta-Wojciechowska D., 2005, *„Lowely, jody i safy", czyli o tzw. substytucjach i deformacjach,* „Śląskie Wiadomości Logopedyczne" 8, s. 26-29.
Pluta-Wojciechowska D., 2008a, *Zaburzenia mowy u dzieci z rozszczepem podniebienia. Badania – Teoria – Praktyka*, wyd. 2 poprawione i poszerzerzone, Bytom.
Pluta-Wojciechowska D., 2008b, *Standard postępowania logopedycznego w przypadku osób z rozszczepem wargi i podniebienia*, „Logopedia" 37, s. 175–205.
Pluta-Wojciechowska D., 2010, *Podstawy patofonetyki mowy rozszczepowej. Dyslokacje*, Bytom.
Pluta-Wojciechowska D., 2011, *Mowa dzieci z rozszczepem wargi i podniebienia*, Kraków.
Pluta-Wojciechowska D., 2015, *Analityczno-fonetyczna ocena realizacji fonemów w logopedii*, [w:] *Metody i narzędzia diagnostyczne w logopedii*, red. M. Kurkowska, E. Wolańska, Warszawa.
Pluta-Wojciechowska D., 2019a, *Dyslalia obwodowa. Diagnoza i terapia logopedyczna wybranych form zaburzeń*, wyd. 2 poprawione i poszerzone, Bytom.
Pluta-Wojciechowska D., 2019b, *Efektywność terapii dyslalii. Logopedyczno-lingwistyczna analiza wyników badań*, Katowice.
Pluta-Wojciechowska D., 2020, *Terapia strategiczna dyslalii obwodowej. Inspiracje do ćwiczeń warg i języka dla dzieci oraz dorosłych*, Bytom.
Pluta-Wojciechowska D., 2007, *„Wymiary głoski" – jako istotne elementy poznania – podstawą kategoryzacji dyslalii. Próba opisu*, „Logopedia" 36, s. 51–76.
Pluta-Wojciechowska D., 2022, *Zaburzenia czynności prymarnych i artykulacji. Podstawy postępowania logopedycznego*, wyd. 4 poszerzone i poprawione, Bytom.
Pruszewicz A., 1992, *Foniatria kliniczna*, Warszawa.

Ramanarayanan V., Tilsenc S., Proctord M., Töger J., Goldsteinf L., Nayakf K.S., Narayanan S., 2018, *Analysis of speech production real-time MRI*, „Computer Speech & Language" 52, s. 1–22.

Rocławski B., 2010, *Podstawy wiedzy o języku polskim dla glottodydaktyków, pedagogów, psychologów i logopedów*, Gdańsk.

Rodak H., 1992, *Terapia dziecka z wadą wymowy*, Warszawa.

Serrurier A., Badin P., Barney A., Boë L.-J., Savariaux C., 2012, *Comparative articulatory modelling of the tongue in speech and feeding*. „Journal of Phonetics" (40), 6, s. 745–763.

Sambor B., 2015, *Zaburzone wzorce połykania i pozycji spoczynkowej języka a budowa artykulacyjna głoskowych realizacji fonemów u osób dorosłych*, „Logopedia" 43, s. 149–188.

Sambor B., 2021, *Wymowa młodych aktorów. Analiza wyników badań realizacji fonemów spółgłoskowych*, Katowice.

Skorek E.M., 2009, *Z logopedią na ty. Podręczny słownik logopedyczny*, Kraków.

Słownik języka polskiego PWN, wersja elektroniczna https://sjp.pwn.pl/ (data dostępu: 25.05.2022).

Sołtys-Chmielowicz A., 1997, *Klasyfikacje dyslalii*, „Audiofonologia" X, s. 111–116.

Sołtys-Chmielowicz A., 2008, *Zaburzenia artykulacji. Teoria i praktyka*, Kraków.

Styczek I., 1981, *Logopedia*, Warszawa.

Trochymiuk A., Święciński R., 2009, *Artykulograficzne badanie mowy grzbietowej. Studium przypadku*, „Logopedia" 38, s. 173–202.

Trzaskalik J., 2016, *Seplenienie boczne w polskiej literaturze logopedycznej. Rozważania teoretyczne*, „Forum Logopedyczne" 24, s. 33–46.

Trzaskalik J., 2017, *Terminologiczne dyskusje wokół sygmatyzmu i jego rodzajów – na przykładzie sygmatyzmu lateralnego*, [w:] *Współczesne tendencje w diagnozie i terapii logopedycznej*, red. D. Pluta-Wojciechowska, B. Sambor, Gdańsk, s. 137–153.

Trzaskalik J., 2018, *Terapia logopedyczna dziecka z sygmatyzmem lateralnym*, [w:] *Metody terapii logopedycznej*, red. A. Domagała, U. Mirecka, Lublin, s. 811–825.