

MONIKA ŁUSZCZUK

Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie
Katedra Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-6555-3317>

„Na pierwszy rzut oka”, czyli jak wykorzystać obserwację zewnątrzustną w diagnozie logopedycznej

“At a Glance”,
or How to Use Extraoral Observation in Diagnosis of Speech Disorders

STRESZCZENIE

Logopeda – oprócz oceny zjawisk językowych – poszukuje przyczyn stwierdzonych w ich obszarze nieprawidłowości. Niniejsze opracowanie zawiera szereg wskazówek diagnostycznych, dotyczących zewnątrzustnych warunków morfologiczno-czynnościowych, możliwych do obserwacji „na pierwszy rzut oka”. W publikacji zawarto arkusze diagnostyczne w formie tabel, które mają ułatwić logopedzie zbieranie danych, a potem ich interpretację i wykorzystanie w dalszych etapach postępowania diagnostycznego.

Słowa kluczowe: obserwacja, ocena zewnątrzustna, diagnoza logopedyczna, warunki morfologiczno-czynnościowe, kompleks ustno-twarzowy

SUMMARY

Speech therapist focuses on speech disorders and their determinants. The article contains some tips useful in extraoral examination as a part of diagnostic procedure in speech disorders. Moreover, the observation of these structures and functions can be done easily. The article contains diagnostic sheets in the form of tables useful in collecting data, interpretation and usage in further stages of diagnostic procedure.

Key words: observation, extraoral examination, diagnostic procedure in speech disorders, structure and function, orofacial complex

Logopeda – oprócz oceny zjawisk językowych – poszukuje przyczyn stwierdzonych w ich obszarze nieprawidłowości. Niniejszy artykuł jest uzupełnieniem treści zawartych we wcześniejszych opracowaniach dotyczących różnych obszarów oceny anatomiczno-czynnościowej w logopedycznym postępowaniu diagnostycznym (Konopska 2002; Lorenc 2016; Łuszczuk 2017; Malicka 2021; Ostapiuk 2000; Pluta-Wojciechowska 2021; Pluta-Wojciechowska 2019; Sambor 2015) i w założeniu ma służyć jako pomoc dla logopedów, stanowiąc zestaw wstępnych wytycznych do dalszej weryfikacji w ramach postępowania diagnostycznego.

Niniejsze opracowanie nie odnosi się zatem do pełnej oceny zewnątrzustnych warunków morfologiczno-czynnościowych, zawiera jednak ważne wskazówki, możliwe do obserwacji „na pierwszy rzut oka”. W publikacji zawarto arkusze diagnostyczne w formie tabel, które mają za zadanie ułatwić najpierw zbieranie danych, a potem ich interpretację i wykorzystanie w dalszych etapach postępowania diagnostycznego.

Niniejszy artykuł jest częścią cyklu, dotyczącego analizy warunków morfologiczno-czynnościowych i możliwości jej wykorzystania w logopedycznym postępowaniu diagnostycznym; z tego też powodu zawiera szereg odniesień do innych moich publikacji (Łuszczuk 2022; Łuszczuk 2021a; Łuszczuk 2021b; Łuszczuk 2021c). Ze względu na ograniczone ramy, uniemożliwiające dokładne przedstawienie wszystkich opisywanych zjawisk i ich powiązań, zawiera także szereg odnośników do publikacji innych autorów (tj. Konopska 2002; Lorenc 2016; Malicka 2021; Ostapiuk 2000; Pluta-Wojciechowska 2021; Pluta-Wojciechowska 2019; Sambor 2015 i inni), co stanowi ważne uzupełnienie treści tego opracowania.

WPROWADZENIE

Kompleks orofacjalny pozostaje w równowadze morfologiczno-czynnościowej (Dominik 1999; Łuszczuk 2012; Pluta-Wojciechowska 2021). Oznacza to, że z jednej strony budowa narządu wpływa na jego funkcjonowanie, a z drugiej – działanie mięśni powiązanych z danym narządem wpływa na jego budowę. Dodatkowo funkcjonowanie różnych struktur w ramach kompleksu orofacjalnego jest ze sobą sprzężone, czego przykładem mogą być kompensacyjne ruchy warg lub/i zuchwy, obserwowane podczas realizacji wypowiedzi u osób, u których ruchy języka odbiegają od normy. Zatem logopedyczne postępowanie diagnostyczne, które ma prowadzić do skutecznych działań terapeutycznych, oprócz oceny zjawisk językowych powinno zawierać ocenę morfologiczną i czynnościową struktur zaangażowanych w mówienie (Pluta-Wojciechowska 2019)¹.

¹ Zasadniczo publikacja ta jest pomyślana jako zestaw wskazówek dla logopedów, którzy pra-

Standard postępowania logopedycznego to wzorcowy układ czynności diagnostycznych i terapeutycznych, dostosowanych do możliwości pacjenta oraz rodzaju i stopnia nasilenia zachowań niepożądanych; działania te mają doprowadzić do postawienia trafnego rozpoznania zaburzeń, na podstawie którego programuje się terapię w taki sposób, aby była jak najbardziej skuteczna (Grabias 2008). Deskrypcja, czyli szeroko ujęty opis obserwowanych zjawisk oraz ich interpretacja są nieodłącznym elementem postępowania diagnostycznego, niezbędnym do sformułowania prawidłowego i pełnego rozpoznania, odnoszącego się nie tylko do tego, jakie nieprawidłowości obserwuje się u osoby badanej, ale także wskazanie (lub przynajmniej poszukiwanie) jakie są ich przyczyny.

Ocena zewnątrzustna, obejmująca analizę struktur zarówno w spoczynku oraz podczas realizacji czynności, stanowi ważną część logopedycznej procedury diagnostycznej, ponieważ:

I. Obszar ten jest łatwo dostępny do badania. Badanie zewnątrzustne nie wymaga szczególnego instrumentarium ani specyficznych, skomplikowanych prób eksperymentalnych; wymaga jedynie wnikliwej obserwacji określonych elementów czy stanów według jasno sprecyzowanych kryteriów.

II. Już w momencie pierwszego kontaktu z pacjentem logopeda może uzyskać ważne wskazówki diagnostyczne, które są widoczne „na pierwszy rzut oka”. Wskazówki te, traktowane jako hipotezy, logopeda zweryfikuje potem w poszerzonym badaniu morfologiczno-czynnościowym oraz ocenie warunków wewnętrznych.

III. Całościowa ocena warunków morfologiczno-czynnościowych kompleksu orofacjalnego ułatwia dostrzeżenie strategii kompensacyjnych i ich reguł stosowanych przez osobę z wadą wymowy, a także pomaga znaleźć jej przyczyny. Dla przykładu:

1. Zewnątrzustnie dostrzegalne mogą być nieprawidłowości związane z realizacją czynności prymarnych, na przykład:
 - oddychaniem w spoczynku (m.in. uchylona szpara ust, wąskie otwory nosowe, sińce pod oczami, stopień napięcia tkanek miękkich i inne),
 - połykaniem (m.in. dodatkowa aktywność warg czy żuchwy)², oraz realizacją czynności sekundarnej, czyli mowy, na przykład:
 - niska pozycja śródwymawianiowa języka,

czą z pacjentami z dyslalią. Niektóre z nich mogą być przydatne w pracy z pacjentami z innymi zaburzeniami.

² Ruchy i układy narządów podczas realizacji czynności prymarnych są bazą dla ruchów i układów tych narządów podczas mówienia (Pluta-Wojciechowska 2021).

- nieprawidłowe ułożenie języka podczas mówienia (m.in. międzyzębowość lub niska pozycja języka podczas wymowy głosek wymagających wzniesienia przedniej części języka),
- brak dentalizacji przy wymowie głosek dentalizowanych,
- ruchy boczne lub doprzednie żuchwy,
- brak wystarczającej aktywności lub asymetria w pracy warg.

Wskazówkę dla logopedy może stanowić zarówno wygląd, jak i działanie struktur zewnątrzustnych.

2. Zewnątrzustnie odzwierciedlone są nieprawidłowości zgryzu, czyli ustawienie łuków zębowych górnego i dolnego względem siebie (m.in. zgryz krzyżowy, wada dotylna czy doprzednia) oraz ustawienie zębów w tych łukach (m.in., protruzja). Obserwowane nieprawidłowości mogą być:
 - przyczyną zaburzeń wymowy (m.in. w przypadkach wad o podłożu kostnym, takich jak progenia, prognacja czy LFS, wymuszających nieprawidłowe ułożenie języka, warg czy żuchwy podczas mówienia),
 - dodatkowym czynnikiem pogarszającym wymowę (dotyczy to m.in. protruzji siekaczy górnych związanych na przykład z hipotonią warg).

Najczęściej jednak zaburzenia w zakresie zgryzu i ustawienia zębów oraz wady wymowy mają wspólną przyczynę (na przykład wąski górny łuk zębowy wynika z nieprawidłowej pozycji i działania w zakresie czynności prymarnych języka, który, będąc w obniżonej pozycji, nie stymulował wzrostu podniebienia i górnego łuku zębowego; nieprawidłowe wzorce motoryczne języka podczas realizacji czynności prymarnych skutkują nieprawidłowymi ruchami podczas artykulacji, a odstępstwa w budowie podniebienia, zgryzu i ustawienia zębów dodatkowo pogarszają wadę wymowy lub uniemożliwiają jej korektę). W programowaniu terapii u takich pacjentów istotne jest ustalenie planu i kolejności działań między logopedą a ortodontą³.

³ Ruchy artykulacyjne języka odbywają się w przestrzeni jamy ustnej. Ustawienie zębów (np. nachylenie: protruzja/retruzja), ustawienie łuków względem siebie (np. zgryz głęboki/krzyżowy/otwarty, wada dotylna/doprzednia), kształt łuków zębowych (np. zwężenie, spłaszczenie, asymetria), wielkość nagryzu poziomego czy pionowego oraz budowa tkanek twardych (np. wysklepienie podniebienia twardego), wysokość/szerokość jamy ustnej i ich wzajemne proporcje, wielkość i symetria przestrzeni, w której porusza się język, proporcje wielkości języka i jamy ustnej – wszystko to ma znaczenie dla ruchów i układów narządów artykulacyjnych, a szczególnie języka. Kolejność działań naprawczych z zakresie budowy i czynności struktur kompleksu orofacjalnego zależy więc od katalogu problemów, z jakimi zgłasza się pacjent.

3. Ciekawym zagadnieniem, któremu warto poświęcić uwagę, jest brak symetrii, który może dotyczyć zarówno budowy, jak i działania struktur. Warto tu od razu podkreślić, że asymetria w działaniu nie zawsze ma swoje odbicie w budowie⁴, stąd zasadnie jest oceniać struktury zarówno w spoczynku, jak i w działaniu. Zewnętrzna asymetria w działaniu np. warg czy żuchwy często ma związek z działaniem struktur wewnętrznych. Przykładem mogą być asymetryczne ruchy warg czy żuchwy, obserwowane podczas realizacji wypowiedzi u osób, które z różnych przyczyn (np. skróconego wędzidełka języka) kompensują odmienne od prawidłowych ruchy języka czy też współruchy różnych partii twarzy, towarzyszące mowie osób z niedomykalnością podniebieno-gardłową (np. związanej z rozszczepem podniebienia).

„Pierwszy rzut oka” może zatem dostarczać cennych wskazówek diagnostycznych i stanowić ważną część logopedycznej procedury badania pacjenta. Obserwacje poczynione na tym etapie logopeda powinien traktować jako hipotezy, które zweryfikuje w dalszych etapach postępowania diagnostycznego.

OGÓLNE WYTYCZNE OBSERWACJI ZEWNĄTRZUSTNEJ

Obserwacja zewnętrzna to ocena warunków morfologiczno-czynnościowych. Obejmuje analizę struktur kompleksu orofacjalnego:

- w spoczynku (jest to ocena statyczna),
- oraz podczas realizacji czynności (jest to ocena dynamiczna).

Ocena statyczna dotyczy zatem budowy narządów, a dynamiczna ich pracy podczas realizacji czynności prymarnych bądź czynności sekundarnej, czyli mowy. Budowa i funkcja są wzajemnie uwarunkowane (Stecco 2016), nie oznacza to jednak, że nieprawidłowości będą zawsze widoczne w dwóch obszarach jednocześnie⁵, dlatego też wyniki oceny statycznej i dynamicznej uzupełniają się wzajemnie.

Obserwacja zewnętrzna dotyczy analizy warunków morfologiczno-czynnościowych twarzy:

⁴ Dotyczy to szczególnie młodszych pacjentów. Zasadniczo aktywność narządu buduje go w określony sposób, ale na zmianę strukturalną potrzebny jest czas; zatem jeśli patologiczny wzorzec nie jest realizowany zbyt długo, to zmiany struktury mogą nie być widoczne.

⁵ To ważne, ponieważ niekiedy nieprawidłowości mogą być widoczne tylko podczas aktywności (np. zbaczanie żuchwy). Jak napisano wcześniej, na zmianę strukturalną potrzebny jest czas. Jednocześnie asymetria w działaniu może mieć swoje podłoże w budowie, np. niesymetryczne ruchy języka mogą być wynikiem kompensacji spowodowanej skróconym wędzidełkiem języka.

- z przodu, czyli *en face*,
- z profilu.

W analizie uwzględnia się rysy twarzy oraz ułożenie poszczególnych struktur w spoczynku, a także ruchy tych struktur oraz ich układanie względem siebie podczas aktywności⁶. Rysy twarzy odzwierciedlają dotychczasowy rozwój kompleksu twarzy. Z prawidłową budową i stosunkami wewnątrzustnymi, w tym niezaburzonym zgryzem, łączą się na ogół harmonijne rysy twarzy oraz właściwie działający układ mięśniowy. *En face* ocenia się symetrię twarzy, proporcje oraz układ linii poziomych. Analizując profil, przede wszystkim zwraca się uwagę na dolny odcinek (Karłowska 2008; Łuszczuk 2017). Dokonując oceny, należy zwrócić uwagę na postawę ciała badanego, ustawienie jego głowy oraz ustawienie badanego względem badającego. Badany powinien przyjąć swobodną pozycję, prostopadłą do podłoża, bez wymuszonego uniesienia lub opuszczenia głowy. Twarz badającego powinna znajdować się na wysokości i naprzeciw twarzy badanego; jeśli badany nosi okulary należy poprosić o ich zdjęcie. Pomocna w wyznaczaniu linii, które ułatwiają analizę, jest szpatułka laryngologiczna. Oceny budowy dokonuje się w spoczynku podczas swobodnego oddychania, po przełknięciu przez badanego śliny (Łuszczuk 2022; Łuszczuk 2021a). Kryteria pomocne w ogólnej ocenie twarzy zamieszczono w tabeli 1.

Tabela 1. Kryteria ogólnej oceny twarzy⁷

TWARZ <i>en face</i>	TAK	NIE
• symetryczna*		
• proporcjonalna**		
• „równoległa” w liniach poziomych***		
TWARZ z profilu		
• profil prawidłowy/ścięty/wypukły/wklęsły****		
• okolica podnosowa prawidłowo wysklepiona / nadmiernie wysunięta / cofnięta (wklęsła)*****		
• wargę górną położoną w stosunku do wargi dolnej nieznacznie doprzędno / znacznie doprzędno / w równej linii / dotylnie		

⁶ Podane wskazówki zawierają elementy diagnostyki ortodontycznej czy oceny kraniometrycznej, czy gnatofizjologicznej, nie są jednak pełną oceną w tym zakresie. Wybrano jedynie niektóre elementy, które mogą być przydatne w logopedycznej procedurze diagnostycznej.

⁷ W tabeli należy zaznaczyć odpowiedź TAK lub NIE, lub wybrać jedną ze wskazanych odpowiedzi oddzielonych znakiem /. W miejscu oznaczonym ... należy wpisać odpowiedź, jeśli dotyczy. To samo dotyczy się pozostałych tabel.

Tabela 1. cd.

bródka położona w polu biometrycznym*****/dopřednio/dotylnie		
WNIOSEK:	WYGLĄD TWARZY	prawidłowy/nieprawidłowy
inne obserwacje*****		

* Szpatułką laryngologiczną wyznacza się linię pośrodkową i ocenia symetrię twarzy i poszczególne jej elementów.

** Twarz proporcjonalna to taka, w której wysokość trzech odcinków: czołowego (między punktami *trichion* i *nasion*, czyli między linią włosów a punktem nosowym), nosowego (między punktami *nasion* i *subnasale*, czyli między punktem nosowym i podnosowym) oraz szczękowego (między punktami *subnasale* i *gnathion*, czyli i między punktem podnosowym i) jest jednako- wa. W analizie należy uwzględnić wiek osoby badanej, ponieważ wartości te mogą różnić się nieco w zależności od wieku. Więcej na ten temat można znaleźć w opracowaniach dotyczących rozwoju morfologicznego, między innymi w podręcznikach z zakresu ortodoncji.

*** W ocenie bierze się pod uwagę przede wszystkim linię łączącą kąty oczu oraz linię łączącą kąty ust. Linie te powinny być do siebie równoległe, a jednocześnie prostopadłe do linii pośrodkowej twarzy oraz osi ciała. Odstępstwa od normy w tym zakresie powinny zostać zanotowane w arkuszu badania. Więcej na ten temat można znaleźć między innymi w podręcznikach z zakresu fizjoterapii.

**** Szczegółowy opis rodzajów profilu można znaleźć w opracowaniach z zakresu ortodoncji. Pod uwagę bierze się wygląd i wzajemne położenie części środkowej i dolnej twarzy. Ważne dla prawidłowej oceny tego obszaru jest wyłączenie z niej nosa, którego wygląd (ekstremalnie duży/mały czy z dodatkowymi „garbkami”) może przyczynić się do mylnych wniosków.

***** Okolica podnosowa to obszar od podstawy nosa (*subnasale*) do brzegu wargi górnej.

***** Pole biometryczne, inaczej pole profilu szczękowego, to przestrzeń, w której powinny mieścić się prawidłowe rysy twarzy (po uwzględnieniu osobniczych odchyłeń). Pole biometryczne jest ograniczone od tyłu płaszczyzną przechodzącą przez punkty *orbitale*, zwaną płaszczyzną oczodołową (Simona), zaś od przodu w przypadku osób po 7. roku życia płaszczyzną przechodzącą przez punkt *glabella*, zwaną płaszczyzną czołową Kantorowicz-Izarda lub w przypadku osób do 7. roku życia płaszczyzną przechodzącą przez punkt *nasion*, zwaną płaszczyzną czołową Dreyfusa. Dokładny opis płaszczyzn przestrzennych oraz opis położenia punktów metrycznych można znaleźć w podręcznikach z zakresu ortodoncji, tj. Karłowska 2008.

W ocenie zewnętrznej proponuję skupić się na kilku wybranych elementach, takich jak: ogólna ocena twarzy, w szczególności ocena środkowego i dolnego piętra twarzy oraz ich wzajemnego ustawienia (w tym wzajemnego położenia górnej i dolnej wargi), a także ocena okolicy warg. Oceny budowy dokonuje się w warunkach spoczynkowych opisanych powyżej, oceny działania zaś w trakcie realizacji mowy lub spontanicznej realizacji wybranych czynności prymarnych.⁸

⁸ Oceny tej można dokonać także podczas realizacji czynności związanych z pobieraniem pokarmu. Czynności te oraz ocena ich przebiegu nie są jednak zasadniczo przedmiotem niniejszego opracowania (choć niewątpliwie są z tym tematem powiązane, por. Malicka 2021; Pluta-Wojciechowska 2019; Sambor 2015). Ideą tego opracowania są wskazówki do obserwacji w trakcie spontanicznych zachowań badanego, a nie w trakcie wykonywania określonych prób czy testów. Zatem

W tabelach zawarto wskazówki do oceny, zatem znajdują się tam zarówno punkty dotyczące prawidłowej budowy czy czynności narządu, jak i patologii w tym zakresie. Zatem czytelnik musi znać normę w zakresie budowy poszczególnych struktur, jak też i ich działania, uwzględniając także zmiany związane z wiekiem. Można założyć, że logopeda taką wiedzę posiada. Taka konstrukcja narzędzia ma ułatwić logopedzie zbieranie danych oraz wykorzystanie ich w toku dalszego badania. W tabelach 2 i 3 zamieszczono kryteria ułatwiające ocenę żuchwy podczas jej obserwacji.

Tabela 2. Kryteria oceny budowy żuchwy

ŻUCHWA		
• bródka położona symetrycznie/niesymetrycznie*		
• prawidłowa/nadmiernie rozwinięta (lub położona) do dołu („za długa”)/ niewystarczająco rozwinięta do dołu („za krótka”)		
• prawidłowa/nadmiernie rozwinięta do przodu (lub położona do przodu)/ niewystarczająco rozwinięta do przodu (lub położona do tyłu)		
• kąty żuchwy, policzki lub boczne części twarzy położone (lub zbudowane) symetrycznie/niesymetrycznie**		
• inne obserwacje np. obecność garbka mięśniowego na bródce***...		
WNIOSEK:	ŻUCHWA	prawidłowa/nieprawidłowa

* Względem linii pośrodkowej.

** Względem linii pośrodkowej.

*** Obecność garbka mięśniowego na bródce jest wynikiem nadczynności mięśnia bródkowego, co spowodowane jest często hipotonią mięśnia okrężnego ust. W takim wypadku miałby więc on związek z pracą warg, a nie żuchwy. Nie zawsze jednak istnieje taka właśnie zależność. Kryterium to pozostawiono zatem w tym miejscu (przy ocenie żuchwy), zakładając, że badający dokona pełnej oceny wszystkich narządów i połączy dane z poszczególnych etapów badania.

na tym etapie dokonuje się na przykład wstępnej oceny motoryki narządów w trakcie spontanicznego mówienia lub w trakcie spontanicznego przebiegu funkcji prymarnych (np. oddychania). Nie wszystkie kryteria oceny tych czynności są tu zatem uwzględnione i nie jest to pełna ocena czynnościowa, bo ta zostanie wykonana na dalszym etapie postępowania diagnostycznego. Etap ten postrzegam jako wskazówkę do badania podstawowego i ukierunkowania na poszukiwania przyczyn obserwowanych zaburzeń wymowy.

Tabela 3. Kryteria oceny pracy żuchwy podczas mówienia

ŻUCHWA	TAK	NIE
• synchroniczna praca warg i żuchwy		
• ruch żuchwy w linii prostej w kierunku pionowym		
• widoczna amplituda ruchów w kierunku pionowym		
• ruch żuchwy w linii prostej w kierunku poziomym (ruchy boczne)		
• ruch żuchwy w linii prostej w kierunku przednio-tylnym		
WNIOSEK: RUCHOMOŚĆ ŻUCHWY	prawidłowa/nieprawidłowa	

Źródło: Łuszczuk 2022, *Ocena motoryki narządów mowy. Wskazówki dla logopedów*, „Logopedia”, 51–2, s. 315–334 (uzupełnione)

Szczegółowy opis poszczególnych struktur kompleksu orofacialnego można znaleźć w podręcznikach z zakresu anatomii (Bochenek, Reicher 2022; Łasiński 1993), a kryteria ich oceny w zakresie budowy i działania, ukierunkowane na postępowanie logopedyczne, także w opracowaniach moich i innych autorów (m.in. Lorenc 2016; Pluta-Wojciechowska 2019). W tabelach 4 i 5 zamieszczono kryteria ułatwiające ocenę warg podczas ich obserwacji.

Tabela 4. Kryteria oceny budowy warg

WARGI	
• kąty warg położone symetrycznie/niesymetrycznie* $\leftarrow P \rightarrow \leftarrow L \rightarrow$ **	
Górna:	
• symetryczna/niesymetryczna***	
• czerwień szeroka/średnia/wąska	
• wypukła/płaska	
WNIOSEK: WARGA GÓRNA	prawidłowa/nieprawidłowa
Dolna:	
• symetryczna/niesymetryczna****	
• czerwień szeroka/średnia/wąska	
• wypukła/płaska	

Tabela 4. cd.

WNIOSEK:	WARGA DOLNA	prawidłowa/nieprawidłowa
• inne obserwacje*****		

* Względem linii pośrodkowej. Jeśli nie ma symetrii, to wskazuje się stronę, po której widoczny jest przesunięcie.

** P i L oznaczają odpowiednio „prawa” i „lewa” strona osoby badanej. Znaki ← oraz → dotyczą kierunku przesunięcia, odpowiednio oznaczają więc „w prawo” oraz „w lewo”. To samo dotyczy się kolejnej tabeli.

*** Względem linii pośrodkowej.

**** Względem linii pośrodkowej.

***** W dalszym etapie w pełnej ocenie budowy warg warto także uwzględnić badanie wędzidełka warg. Oceny tej dokonuje się poprzez delikatne odciążenie wargi do przodu za pomocą dwóch rąk, chwytając ją po obydwu stronach za pomocą kciuka i palca wskazującego. Dzięki temu można ocenić położenie wędzidełka wargi lub rzadziej kilku wędzidełek, miejsca przyczepów, grubość, a także ewentualną anemizację przyczepów lub dziąseł podczas wykonywania tej czynności. Warto pamiętać o tym, aby badania dokonywać z delikatnością i umiarkowanym odciążaniem wargi, gdyż może być to nieprzyjemne, szczególnie u osób ze skróconym wędzidełkiem wargi. Z tego samego powodu nie chwyta się wargi w linii pośrodkowej, gdyż to właśnie w tym miejscu (najczęściej) znajduje się wędzidełko i takie działanie jest dla osoby badanej po prostu bolesne.

Tabela 5. Kryteria oceny pracy warg podczas mówienia⁹

WARGI	TAK	NIE
Obie wargi pracują synchronicznie		
Warga pracuje symetrycznie*		
• górna		P L
• dolna		P L
W zależności od artykułowanej głoski:		
• symetrycznie zmienia się miejsce położenia kącików ust**		←P→ ←L→

⁹ Artykulacja to skoordynowane ruchy lub układy różnych struktur, nie tylko więc narządu, który odpowiada za miejsce artykulacji (najczęściej jest to język). Obserwacja logopedyczna powinna obejmować nie tylko brzmienie, ale również budowę artykulacyjną wszystkich głosek. Takie podejście pozwala badającemu dostrzec wszystkie: skuteczne i nieskuteczne brzmieniowo sposoby realizacji fonemów przez badanego (Ostapiuk 2000 za: Konopska 2002). „Niepożądana cecha fonetyczna to cecha, która w ocenie wzrokowej odbiega pod względem budowy artykulacyjnej od zespołu pożądaných cech artykulacyjnych w głoskowej realizacji fonemu i/lub odbiega, pod względem brzmienia, od wzorca głoski [...]” (Konopska 2002, 161). Pragnę podkreślić, że wskazówki zawarte w niniejszej publikacji nie odnoszą się do oceny realizacji fonemów, która ma miejsce podczas podstawowego badania wymowy. Jej celem jest poszerzenie pola percepcji logopedy i wykorzystanie go w dalszym postępowaniu logopedycznym.

Tabela 5. cd.

• wargi zaokrąglają się lub spłaszczają, rozciągają lub skupiają		
• zmienia się stopień otwarcia i kształt szpary ust		
inne obserwacje...		
WNIOSEK:	RUCHOMOŚĆ WARG	prawidłowa/nieprawidłowa

* Jeśli nie ma symetrii, to wskazuje się stronę mniej aktywną.

** Jeśli nie ma symetrii, to wskazuje się stronę mniej aktywną.

Źródło: Łuszczuk M., 2022, *Ocena motoryki narządów mowy. Wskazówki dla logopedów*, „Logopedia”, 51–2, s. 315–334 (uzupełnione)

Zewnątrzustnie można orientacyjnie ocenić także naturalny przebieg czynności prymarnych, tj. oddychania oraz połykania śliny w zakresie ułożenia i aktywności warg czy żuchwy. Wstępne obserwacje poczynione na tym etapie stanowić mogą punkt wyjścia podczas oceny przebiegu tych i pozostałych czynności kompleksu orofacjalnego, w której uwzględnia się szereg dodatkowych kryteriów. Omówienie tych zagadnień jest zawarte w innej publikacji (Łuszczuk 2022; Łuszczuk 2021a), są dostępne także u innych autorów (m.in. Malicka 2021; Pluta-Wojciechowska 2021; Sambor 2015). W postępowaniu logopedycznym nie sposób pominąć budowy i działania języka. Ocena zewnątrzustna nie daje szerokiego pola w tym zakresie, ale niektóre aspekty mogą być widoczne i pomocne w dalszej analizie. Wskazówki w tym zakresie są zawarte w innej publikacji (Łuszczuk 2021b), są dostępne także u innych autorów (m.in. Lorenc 2016; Pluta-Wojciechowska 2019). „Na pierwszy rzut oka” widać także ogólną postawę ciała badanego oraz ułożenie jego głowy względem osi ciała. Są to ważne aspekty, które mają znaczenie dla napięcia i układania struktur kompleksu orofacjalnego, w tym narządów biorących udział w artykulacji (Borowiec 2018). Ważnym elementem jest także sposób oddychania. Trzeba podkreślić, że zamieszczone powyżej wskazówki nie stanowią wytycznych do pełnej oceny warunków morfologiczno-czynnościowych badanego. Jak zaznaczono wcześniej, obserwacja taka ma pozwolić badającemu na wstępną analizę i ukierunkowywać go na weryfikowanie stwierdzonych na tym etapie objawów i poszukiwanie ich przyczyn.

PODSUMOWANIE

Zewnątrzustna obserwacja budowy i działania struktur kompleksu orofacjalnego może być cenną wskazówką diagnostyczną i stanowi ważną część logopedycznej procedury diagnostycznej po uwzględnieniu kilku aspektów:

1. Logopeda powinien wiedzieć, na co patrzeć.

Logopeda powinien wiedzieć, ocena których struktur jest istotna z punktu widzenia dalszego postępowania logopedycznego.

2. Logopeda powinien umieć oceniać.

Logopeda powinien przeprowadzać badanie, wykorzystując określone kryteria oceny budowy czy działania poszczególnych struktur. Logopeda powinien umieć zbierać dane w powtarzalny sposób, uwzględniając zarówno ocenę statyczną, jak i dynamiczną.

3. Logopeda powinien potrafić interpretować zebrane dane.

Logopeda powinien znać prawidłową budowę i działanie struktur, które ocenia. Wyniki swoich obserwacji powinien odnosić do normy w danym zakresie (budowy narządu i jego działania), uwzględniając także wiek osoby badanej.

4. Logopeda powinien sformułować hipotezę.

Logopeda powinien zastanowić się, co sugerują zebrane w ocenie zewnętrznej dane: jeśli to, co widzi jest objawem, to co jest jego przyczyną? Powinien zadać sobie pytanie, dlaczego oceniane struktury mają taką, a nie inną budowę lub też dlaczego układają się w taki, a nie inny sposób.

5. Logopeda powinien wiedzieć, jak zweryfikować hipotezę.

Logopeda, znając i rozumiejąc powiązania pomiędzy budową a działaniem poszczególnych struktur, a także związki między budową i działaniem struktur zewnętrznych i wewnętrznych, powinien postrzegać kompleks orofacjalny jako „układ naczyń połączonych”, czyli układ różnych obszarów powiązanych ze sobą i czynnościowo, i anatomicznie¹⁰. Logopeda powinien wiedzieć, jak sprawdzić w dalszym badaniu, czy to, co sugerują zebrane przez niego w ramach obserwacji zewnętrznej dane, potwierdza się, np. czy osoba badana oddycha torem ustnym, czy ma nieprawidłowy zgryz, czy ma skrócone wędzidełko języka itd. Powinien zatem umieć wskazać przyczynę obserwowanych zewnętrznie objawów.

6. Logopeda powinien znaleźć powiązania przyczynowo-skutkowe, w tym określić wpływ istniejących nieprawidłowości dla wymowy.

Logopeda powinien zastanowić się, czy i w jakim zakresie obserwowane nieprawidłowości mają związek z wymową osoby badanej, czyli czy obserwowane nieprawidłowości w budowie lub działaniu mają wpływ na ułożenie narządów podczas mówienia i w jakim zakresie lub czy są ich wynikiem. Logopeda powinien określić, które zjawiska są przyczyną, a które skutkiem¹¹.

¹⁰ Żadna struktura w ciele nie jest samodzielnym bytem, a mięśnie nie stanowią odrębnych jednostek, ale niejednokrotnie są ze sobą zespolone. W strukturach złożonych – a za takie należy uważać ciało – skupianie się na pojedynczej tkance utrudnia właściwą analizę zjawisk, ponieważ wzajemna zależność pomiędzy poszczególnymi, odmiennymi od siebie tkankami jest kluczowa (Stecco 2016).

¹¹ Wyznaczenie granicy między głoską normatywną a wadliwą opiera się na odniesieniu do normy, warto jednak podkreślić, że nie jest to zawsze łatwe. Ocena powinna obejmować nie tylko

7. Logopeda powinien szukać rozwiązania problemu.

Skuteczna terapia logopedyczna opiera się na działaniu przyczynowym, a więc jej podstawą jest likwidacja lub zmniejszenie wpływu przyczyny nieprawidłowości, a nie jedynie zamaskowanie objawu. Kluczowe jest zatem ustalenie kolejności działań¹². Ważne dla tego procesu jest wskazanie ścieżki przyczyn i skutków. Logopeda powinien rozważyć, czy możliwa jest poprawa wymowy w istniejących warunkach anatomicznych.¹³ Czy można uzyskać poprawę sprawności narządów kompleksu orofacjalnego w istniejących warunkach anatomicznych i czy to wystarczy do uzyskania prawidłowego ułożenia narządów, właściwego dla artykulacji poszczególnych dźwięków mowy? Czy sprawność narządów zaangażowanych w mówienie może być uwarunkowana innymi czynnikami, także oddalonymi od kompleksu orofacjalnego¹⁴? W programowaniu terapii istotne jest wcześniejsze uzyskanie odpowiedzi na te i inne pytania. W zależności od wskazanych źródeł nieprawidłowości konieczne może być wcześniejsze lub równoległe leczenie ortodontyczne, laryngologiczne, fizjoterapeutyczne lub inne.

Obserwacja zewnątrzustna, stanowiąca przedmiot niniejszej publikacji, może być cenną wskazówką diagnostyczną. Obejmując obserwację budowy i działania kompleksu orofacjalnego, stanowi ważną część logopedycznej procedury diagnostycznej, ułatwiającą ustalanie przyczyn istniejących zaburzeń wymowy oraz projektowanie skutecznych działań terapeutycznych. Niniejsza publikacja z pewnością nie wyczerpuje tematu dotyczącego oceny warunków anatomiczno-czynnościowych w logopedycznym postępowaniu diagnostycznym, stanowi raczej uzupełnienie istniejących opracowań. Arkusze diagnostyczne zaprezentowane w formie tabel mogą stanowić ułatwienie – szczególnie dla początkujących logopedów.

BIBLIOGRAFIA

Borowiec A., 2018, *Sprzężone zaburzenia w układzie ustno-twarzowym. Zasady współpracy w zespole terapeutycznym: ortodonta – logopeda – fizjoterapeuta*. [w:] *Metody terapii logopedycznej*, red. A. Domagała, U. Mirecka, Lublin, s. 1039–1062.

brzmienie, ale również budowę artykulacyjną wszystkich (nie tylko źle brzmiących) głosek, ponieważ pozwala to dostrzec wszystkie, skuteczne i nieskuteczne, brzmieniowo sposoby realizacji fonemów (Ostapiuk 2000 za: Konopska 2002).

¹² Istotne jest przede wszystkim sformułowanie celu działań i ustalenie, czy cel, który chce osiągnąć logopeda, jest tożsamy z celem pacjenta (a także jego rodzica – w przypadku pacjentów małoletnich). Ma to istotne znaczenie dla zaangażowania poszczególnych osób.

¹³ Na przykład u osoby z wąskim i wysokim podniebieniem nie będzie możliwe uzyskanie prawidłowej pozycji spoczynkowej języka oraz prawidłowych układów artykulacyjnych wielu głosek. Podobnie jak u osoby z nasiloną protruzją górnych siekaczy nie będzie możliwe uzyskanie dentalizacji.

¹⁴ Na przykład ułożeniem głowy w kompleksie ciała czy postawą ciała.

- Bochenek A., Reicher M., 2022, *Anatomia człowieka*, Warszawa.
- Dominik K., 1999, *Zarys ortopedii szczękowej*, Kraków.
- Grabias S., 2008, *Postępowanie logopedyczne. Diagnostyka, programowanie terapii, terapia*, „Logopedia” t. 37, s. 13–27.
- Karłowska I., 2008, *Zarys współczesnej ortodoncji*, Warszawa.
- Konopska L., 2002, *Jakość wymowy osób z wadą zgryzu*, „Logopedia” t. 31, s. 157–198.
- Lorenc A., 2016, *Wymowa normatywna polskich samogłosek nosowych i spółgłoski bocznej*, Warszawa.
- Łasiński W., 1993, *Anatomia głowy dla stomatologów*, Warszawa.
- Łuszczuk M., 2022, *Ocena motoryki narządów mowy. Wskazówki dla logopedów*, „Logopedia”, t. 51–2, s. 315–334.
- Łuszczuk M., 2021a, *Ocena budowy i motoryki narządów mowy*, [w:] *Logopedia przedszkolna i wczesnoszkolna*, t. 2, red. A. Domagała, U. Mirecka, Gdańsk, s. 93–122.
- Łuszczuk M., 2021b, *Ocena warunków zgryzowych*, [w:] *Logopedia przedszkolna i wczesnoszkolna*, t. 2, red. A. Domagała, U. Mirecka, Gdańsk, s. 123–146.
- Łuszczuk M., 2021c, *Ocena zgryzu u osób z wadami wymowy. Wskazówki dla logopedów*, „Logopedia” t. 50–1, s. 171–189.
- Łuszczuk M., 2017, *Zaburzenia zgryzu, czynności prymarnych a zaburzenia artykulacji*, [w:] *Patologia mowy*, red. Z. Tarkowski, Gdańsk, s. 361–394.
- Łuszczuk M., 2012, *Realizacja systemu fonologicznego polszczyzny u dzieci z zaburzeniami artykulacji szeregów dentalizowanych przy zastosowaniu terapii z wykorzystaniem trenera Myo T4K*, niepublikowana rozprawa doktorska, Zakład Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego UMCS, Lublin.
- Malicka I., 2021, *Funkcje prymarne – połykanie i usprawnianie. Ocena i usprawnianie*, [w:] *Logopedia przedszkolna i wczesnoszkolna*, t. 2, red. A. Domagała, U. Mirecka, Gdańsk, s. 76–92.
- Ostapiuk B., 2000, *Warunki skuteczności logopedycznej terapii dyslalii ankyloglosyjnej*, niepublikowana rozprawa doktorska, Akademia Pedagogiki Specjalnej im. M. Grzegorzewskiej, Warszawa.
- Pluta-Wojciechowska D., 2021, *Zaburzenia czynności prymarnych i artykulacji. Podstawy postępowania logopedycznego*, Bytom.
- Pluta-Wojciechowska, 2019, *Dyslalia obwodowa. Diagnostyka i terapia logopedyczna wybranych form zaburzeń*, Bytom.
- Sambor B., 2015, *Zaburzone wzorce połykania i pozycji spoczynkowej języka a budowa artykulatoryjna głoskowych realizacji fonemów u osób dorosłych*, „Logopedia” t. 43–44, s. 149–188.
- Stecco C., 2016, *Atlas funkcjonalny układu powięziowego człowieka*, Poznań.