

Danuta Pluta-Wojciechowska

Opis zaburzeń mowy jako pierwszy etap postępowania logopedycznego

Logopedia Silesiana 1, 31-46

2012

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

DANUTA PLUTA-WOJCIECHOWSKA

Uniwersytet Śląski w Katowicach

Opis zaburzeń mowy jako pierwszy etap postępowania logopedycznego

ABSTRACT: The paper presents a description of speech disorders, in particular those concerning phoneme realization. The author provides a review of different methods in describing speech defects with regard to phoneme realization and she points out to pros and cons of these methods. She also formulates her own proposal for the description of speech impediments taking into account all phonetic categories.

KEY WORDS: speech disorders, disorders of phoneme realization, phonetic categories, logopedic treatment

O etapach postępowania logopedycznego

Postępowanie logopedyczne przebiega zgodnie z paradygmatem wyznaczonym przez następujące etapy: opis zaburzenia, wyjaśnianie przyczyn oraz prognozowanie i projektowanie terapii. Wymienione kroki postępowania, składające się na sekwencję działań związanych z diagnozą i terapią, obowiązują w przypadku każdego zaburzenia mowy¹. Deskrypcja – jako pierwszy krok – otwiera kolejne etapy postępowania pod warunkiem, że opis jest przeprowadzony zgodnie z kanonami sztuki logopedycznej.

Jak jest?

Trójstopniowy model postępowania wiąże się z pytaniami, na które logopeda poszukuje odpowiedzi. W pierwszym etapie sformułowane jest zatem następujące ogólne pytanie dotyczące językowego porozumiewania się: Jak jest? Pytanie to

¹ S. GRABIAS: *Mowa i jej zaburzenia*. „Audiofonologia” 1997, nr 10, s. 9–36.

może mieć charakter bardziej szczegółowy i brzmieć: Jaka jest płynność mówienia? W jaki sposób dziecko buduje zdania? W jaki sposób dziecko realizuje fonemy? Czy i w jaki sposób rozumie kierowane do niego wypowiedzi? itd.

Sformułowanie odpowiedzi na postawione pytania związane z pierwszym etapem staje się możliwe po przeprowadzeniu badania poszczególnych umiejętności związanych z mówieniem i rozumieniem. Efektem pierwszego etapu jest opis zaburzenia. Zgodnie z koncepcją diagnozy pozytywnej pełny opis powinien zawierać dwie kategorie cech: cechy normatywne i cechy nienormatywne. Taka postawa jest zbieżna z komentarzem Stanisława Grabiasa na temat wykorzystania w terapii także cech normatywnych mowy, wcześniej uwzględnionych w opisie².

W zależności od stopnia uszczegółowienia opis może przyjąć formę następujących stwierdzeń: dziecko wypowiada się w formie pojedynczych słów, dziecko realizuje fonemy ustne w sposób nosowy, dziecko realizuje fonem /t/ w sposób dorsalny, dziecko nie rozumie kierowanych do niego poleceń itp.

Dlaczego?

Kolejny etap wynika z pierwszego i łączy się z pytaniem: Dlaczego opisane zaburzenia mowy wystąpiły? Pytania związane z drugim etapem przybierają formę i zakres odpowiedni do opisanych zaburzeń. Innymi słowy, w zależności od opisu zaburzeń logopeda formułuje pytanie o etiologię wystąpienia cech nienormatywnych, np.: Dlaczego dziecko posługuje się pojedynczymi słowami i nie tworzy zdań? Dlaczego dziecko realizuje fonemy ustne w sposób nosowy? Dlaczego dziecko realizuje fonem /t/ w sposób dorsalny? Dlaczego dziecko nie rozumie kierowanych do niego poleceń?

Jeżeli opis zaburzenia jest nieprawidłowy, nieadekwatny do zaburzenia lub niepełny, logopeda sformułuje na jego podstawie nieadekwatne lub niewystarczające pytania dotyczące etiologii. Konsekwencją takiej sytuacji może być to, iż dziecko nie zostanie objęte terapią logopedyczną lub będzie poddane terapii nieadekwatnej do zaburzenia i jego etiologii.

Dla wyjaśnienia etiologii zaburzeń i dalej projektowania terapii logopedycznej kluczowy jest zatem odpowiadający rzeczywistej sytuacji opis objawu – opis na podstawie rzetelnego badania logopedycznego, którego podmiot stanowi osoba mówiąca. Nie można zapominać, że logopeda zajmuje się *homo loguens*, a nie zaburzeniami...

Uzyskanie odpowiedzi na pytanie dotyczące etiologii zaburzeń wymaga przeprowadzenia pełnego badania logopedycznego, na które składają się m.in.: wywiad, badanie narządów mowy, badanie czynności związanych z kompleksem ustno-twarzowym, badanie słuchu fizjologicznego, fonetycznego i fonemowego, bada-

² Ibidem.

nie rozwoju umysłowego itd. Paradigmat czynności diagnostycznych zmienia się w zależności od wieku badanego i specyfiki stwierdzonych zaburzeń. Niejednokrotnie wyjaśnienie ich przyczyn wymaga przeprowadzenia specjalistycznych badań, np. foniatrycznego, psychologicznego, neurologicznego, audiologicznego.

Co zrobić, aby zmienić cechy nienormatywne w normatywne?

Trzeci etap postępowania wynika z etapów pierwszego i drugiego. Czynności o charakterze prognostycznym, prowadzące w efekcie do sformułowania programu terapii, wymagają uprzedniej analizy stwierdzonych cech nienormatywnych w kontekście etiologii oraz możliwości i ograniczeń oferowanych przez logopedię metod terapii. W obrębie obszarów wymagających interwencji należy zatem wyodrębnić:

- cechy nienormatywne, które można zmienić za pomocą metod terapii logopedycznej;
- cechy nienormatywne, których likwidacja wymaga na początku zastosowania innych niż terapia logopedyczna metod postępowania (np. operacji chirurgicznej), a zatem nie można ich zmienić za pomocą terapii logopedycznej w istniejących warunkach strukturalnych;
- cechy nienormatywne, których natężenie można zmniejszyć za pomocą terapii logopedycznej (na danym etapie rozwoju i leczenia dziecka) przez skierowanie przebiegu danej czynności na tory zbliżone do normatywnych³.

Wyodrębnienie przedstawionych kategorii cech w znacznej mierze ułatwia prognozowanie efektywnego programu terapii. Kategoryzując cechy nienormatywne, można uświadomić sobie realność oddziaływań i ich ograniczenia. Humanistyczne podejście w terapii logopedycznej, które powinno towarzyszyć logopedzie w projektowaniu terapii, wyznacza nieodzowność takiej refleksji. Chodzi o unikanie nierealnych celów, które nie mogą być spełnione ze względu na np. konieczność podjęcia innych niż terapia logopedyczna procedur.

Ten etap postępowania powinien zostać uwieńczony odpowiedzią na kluczowe pytanie, które brzmi: Czy i w jakim zakresie za pomocą metod terapii logopedycznej jestem w stanie pomóc dziecku, czy też likwidacja zaburzenia wiąże się z zastosowaniem najpierw innych metod, np. medycznych lub psychologicznych?

³ D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Zaburzenia mowy u dzieci z rozszczepem podniebienia. Badania – Teoria – Praktyka*. Wyd. 2., poszerzone i poprawione. Bytom, Ergo-Sum 2008.

Realizacja fonemów jako przedmiot badania logopedycznego

Często występującym zaburzeniem mowy jest nienormalna realizacja fonemów. Badanie dźwiękowych realizacji fonemów wymaga pewnych ustaleń, a mianowicie:

- wyboru systemu fonologiczno-fonetycznego będącego przedmiotem badania;
- zastosowania odpowiedniej procedury i metody badania;
- przyjęcia konwencji związanej z zapisem stwierdzonych zaburzeń.

W przeciętnym gabinecie logopedycznym brak jest urządzeń do obiektywnej metody badania cech fonetycznych tworzonych dźwięków mowy. Z tego powodu w logopedycznej ocenie realizacji fonemów stosowana jest metoda słuchowo-wzrokowo-dotykowa, połączona z wykorzystaniem specjalnych prób, np. próby Czermaka, próby Gutzmana do oceny rezonansu głosek ustnych, mających w sposób bardziej obiektywny ujawnić niektóre cechy tworzonych dźwięków⁴. W ocenie realizacji fonemów warto także uwzględnić objawy trudności działania obwodowego aparatu wymowy⁵.

W poszukiwaniu paradygmatu opisu zaburzeń realizacji fonemów Różne typologie wad wymowy

Dla jasności wyводу proponuję przyjąć, że termin „dyslalia” oznacza zakłócenia dźwięków mowy⁶. Badacze przyjmują różne kryteria podziału tego typu zjawisk.

Anna Sołtys-Chmielowicz⁷ wymienia zasadniczo dwa typy klasyfikacji dyslalii, wyróżnione ze względu na charakter przyjętego kryterium, a mianowicie – przyczynę i objaw. Ze względu na objaw autorka wyodrębnia dwie subkategorie:

- typologię opartą na kryterium ilościowym;
- typologię opartą na kryterium jakościowym.

Typologie ilościowe odnoszą się „do liczby wadliwie wymawianych głosek lub cech dystynktywnych realizowanych nieprawidłowo”, a jakościowe „określają rodzaje wad”⁸.

Typologie opracowane z perspektywy jakościowej uwzględniają różne analizy zakłóceń dźwięków mowy, m.in. podział bardziej ogólny (mogilalia, paralalia, dyslalia właściwa), inne zaś opisują wady szczegółowe. Analiza przeprowadzona przez

⁴ A. PRUSZEWICZ: *Foniatria kliniczna*. Warszawa, PZWL 1992.

⁵ D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Zaburzenia mowy u dzieci z rozszczepem podniebienia...*

⁶ H. MIERZEJEWSKA, D. EMILUTA-ROZYA: *Projekt zestawienia form zaburzeń mowy*. „Audiofonologia” 1997, nr 10, s. 37–48.

⁷ A. SOŁTYS-CHMIELOWICZ: *Klasyfikacje dyslalii*. „Audiofonologia” 1997, nr 10, s. 111–116.

⁸ Ibidem, s. 111–116.

A. Sołtys-Chmielowicz uwzględni także propozycję Józefa Kani, który dokonał podziału na:

- zaburzenia paradygmatyczne;
- zaburzenia syntagmatyczne⁹.

Spróbujmy przyjrzeć się niektórym typologiom dyslalii z punktu widzenia potrzeb związanych w szczególności z pierwszym etapem postępowania logopedycznego, pamiętając, że implikuje on rodzaj szczegółowych pytań, które są formułowane w drugim etapie.

Typologia Leona Kaczmarka¹⁰ uwzględni podział na:

- dyslalię jednoraką – nieprawidłowe wymawianie jednej głoski lub zastępowanie jej inną głoską;
- dyslalię wieloraką – wymawianie kilku lub kilkunastu głosek odmiennie bądź zastępowanie je innymi;
- dyslalię całkowitą – brak wymawiania głosek; realizowane są tylko cechy prozodyczne.

Autor wskazuje, iż dyslalia jednoraka i wieloraka może być prosta („głoska zastępująca nie różni się dużo od zastępowanej”) lub złożona („różnice między głoskami zastępowanymi a zastępującymi są większe”). Jak wykazuje praktyka, opis zaburzenia wykorzystujący w szczególności możliwości podziału na dyslalię jednoraką i wieloraką nie jest wystarczający dla logopedy poszukującego dokładnego opisu tworzonego przez pacjenta dźwięku mowy.

Nieco inny podział wad wymowy, jednak dość podobny do opisanego powyżej, proponuje Antoni Pruszewicz. Uwzględni on następujące kategorie wad:

- bełkotanie izolowane – wadliwa artykulacja jednej głoski;
- bełkotanie częściowe – wadliwa artykulacja niewielu głosek;
- bełkotanie wielorakie – wadliwa artykulacja wielu głosek;
- bełkotanie uogólnione – zaburzenia artykulacji samogłosek i większości spółgłosek¹¹.

W literaturze foniatrycznej odnaleźć można także szczegółowy podział niektórych wad wymowy związanych z realizacją wybranych fonemów, a mianowicie fonemu /r/ oraz fonemów dentalizowanych. Przyjmując, że nienormalna realizacja fonemu /r/ to *rhotacismus*, A. Pruszewicz wymienia następujące jego rodzaje:

- *rhotacismus labialis* – rotacyzm wargowy;
- *rhotacismus buccalis* – rotacyzm policzkowy;
- *rhotacismus interdentalis* – rotacyzm międzyzębowy;

⁹ Autorka zwraca uwagę także na możliwość wyodrębnienia szczególnych postaci dyslalii, „które, choć można opisać je, posługując się terminami już przedstawionymi, to jednak – ze względu na metodykę postępowania – powinny być wyrażone wydzielenie. Chodzi o wymowę bezdźwięczną (zwaną też mową bezdźwięczną) i palatolalię (dyslalia z poszumem nosowym, która występuje przy rozszczepie podniebienia)”. Ibidem, s. 115.

¹⁰ L. KACZMAREK: *Nasze dziecko uczy się mowy*. Lublin, Wydawnictwo Lubelskie 1982, s. 170.

¹¹ A. PRUSZEWICZ: *Foniatryka kliniczna...*, s. 242.

- *rhotacismus velaris* – rotacyzm podniebienny;
 - *rhotacismus uvularis* – rotacyzm uwularny;
 - *rhotacismus laryngealis* – rotacyzm krtaniowy¹².
- Ten sam autor wyróżnia następujące rodzaje seplenień:
- *sigmatismus interdentalis* – seplenienie międzyzębowe;
 - *sigmatismus addentalis* – seplenienie przyzębowe;
 - *sigmatismus lateralis* – seplenienie boczne;
 - *sigmatismus stridens* – seplenienie świszczące;
 - *sigmatismus labialis* – seplenienie wargowe;
 - *sigmatismus palatalis* – seplenienie podniebienne;
 - *sigmatismus laryngealis* – seplenienie krtaniowe;
 - *sigmatismus nasalis* – seplenienie nosowe¹³.

Podział seplenień i rotacyzmów, jaki proponuje A. Pruszewicz, jest krokiem w dobrym kierunku, gdyż umożliwia opis niektórych zaburzeń dotyczących nienormalnych realizacji fonemu /r/ oraz fonemów dentalizowanych. Wskazana typologia jakościowa zaburzeń artykulacji nie uwzględnia jednak wszystkich fonemów, a lista możliwych zaburzeń dotyczących nienormalnej realizacji fonemu /r/ oraz fonemów dentalizowanych nie jest wyczerpana i ma charakter wybiórczy. Do takich wniosków upoważnia nie tylko doświadczenie praktyczne, ale również wyniki badań dyslalii ankyloglosyjnej, dyslalii zgryzowej i dyslalii rozszczepowej¹⁴.

W literaturze foniatrycznej¹⁵ uwzględniany jest także podział na:

- mogilalię – brak głoski;
- paralalię – zastępowanie głosek;
- dyslalię właściwą – deformowanie głosek.

Z kolei w literaturze językoznawczej odnaleźć można podział zaburzeń paradigmatycznych na:

- elizję;
- substytucję;
- deformację¹⁶.

Takie ujęcie zagadnienia przez Józefa Kanię nawiązuje do typologii funkcjonującej w foniatryi. Podział proponowany przez autora jest niezwykle popularny wśród logopedów. Spróbujmy zatem odpowiedzieć na pytanie: Czy podział wad wymowy na trzy kategorie umożliwi rzetelny opis wadliwej realizacji fonemu?

¹² Ibidem, s. 243–244.

¹³ Ibidem, s. 244.

¹⁴ L. KONOPSKA: *Wymowa osób z wadą zgryzu*. Szczecin, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego 2006; D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Zaburzenia mowy u dzieci z rozszczepem podniebienia...*

¹⁵ Por. A. PRUSZEWICZ: *Foniatrya kliniczna...*, s. 242.

¹⁶ J. KANIA: *Szkice logopedyczne*. Warszawa, WSiP 1982.

Trzy kategorie wad wymowy a potrzeby opisu

W ujęciu J. Kani elizja to brak realizacji fonemu. Z deformacją, w myśl koncepcji tegoż autora, mamy do czynienia wtedy, kiedy realizacja fonemu wykracza poza właściwe normie pole realizacji fonemu, a zarazem nie mieści się w polu realizacji innych fonemów. Z kolei substytucja występuje wówczas, gdy realizacja jakiegoś fonemu mieści się w polu realizacji innego fonemu albo inaczej – jeśli dwa fonemy są tak samo realizowane przez jednego pacjenta, np. /s/ → [s] i jednocześnie /sz/¹⁷ → [s]; /l/ → [l] i jednocześnie /r/ → [l]. Takie ujęcie zagadnienia nie jest wolne od pewnych komplikacji, a mianowicie w sytuacji, w której u pacjenta występuje /sz/ → [s międzyzębowe], gdyż [s międzyzębowe] w stosunku do /s/ jest deformacją, a w stosunku do /sz/ – substytucją.

Zaproponowany przez Kanię podział na substytucje i deformacje nie jest zatem precyzyjny i ma pewne ograniczenia. Dotyczą one braku możliwości jednoznacznego zakwalifikowania (do jednej z trzech możliwości) realizacji typu /sz/ = [s międzyzębowe] lub /r/ = [l międzyzębowe], jakie znamy z praktyki logopedycznej. Zresztą sam autor typologii ma pewne wątpliwości, pisząc: „[...] do tych form [elizja, substytucja, deformacja – przyp. D.P.-W.] dają się z a s a d n i c z o sprowadzić wszystkie obserwowane paradygmatyczne zaburzenia wymowy”¹⁸.

W logopedii oprócz kryterium poprawności fonetycznej, określonej przez normę języka polskiego, stosowane jest także kryterium metrykalne, które wiąże się z przypisywaniem realizacjom typu /sz/ → [s], /r/ → [l] (czyli substytucjom) w pewnym wieku dziecka charakteru fizjologicznego, rozwojowego. Skoro zatem realizacje takie mają charakter rozwojowy, ontogenetyczny, to nie podlegają terapii, gdyż jako rozwojowe z wiekiem „miną i dziecko będzie prawidłowo realizować fonemy”. Taka postawa jest bardzo popularna wśród logopedów. Istota takiego podejścia mieści się w następującej tezie: jeśli występuje substytucja, można oczekiwać, że dziecko w odpowiednim czasie posiada umiejętność normatywnej realizacji fonemów. Czy tak jest zawsze? Praktyka pokazuje, że nie.

Sytuacja kształtuje się odmiennie w przypadku deformacji, a mianowicie: jeżeli występuje deformacja, to nie czekając, należy podejmować terapię logopedyczną, ponieważ mamy do czynienia z patologią.

Sposób opisu nienormatywnej realizacji fonemu z podziałem na substytucje i deformacje jednocześnie określa krok niezwykle istotny: podejmowanie terapii – w przypadku deformacji; niepodejmowanie terapii – w przypadku substytucji.

Przyjrzyjmy się zatem znanym z praktyki logopedycznej scenariuszom.

¹⁷ W opracowaniu użyto zapisu literowego dla oznaczenia fonemów i głosek.

¹⁸ Ibidem (wyróżn. – D.P.-W.).

Możliwy scenariusz

Badając dziecko trzyletnie, logopeda stwierdza: /sz/ → [s] oraz /r/ → [l]. Realizacje te określa mianem substytucji rozwojowych i przekazuje rodzicom efekt badania: „Nie trzeba podejmować terapii, to dziecku minie”.

Dziecko za rok bądź za dwa lata wraca do logopedy, który wówczas stwierdza: /sz/ → [sz dorsalne] oraz /r/ → [r dorsalne zwarte]. Ustala zatem, że jest to deformacja, i przekazuje rodzicom efekt badania: „Należy bezzwłocznie rozpocząć terapię”.

Interpretacja

Co zrobił logopeda?

Słyszac, że małe dziecko mówi „safa”, „lyba”, logopeda zakwalifikował takie realizacje do substytucji i stwierdził, że mają one charakter rozwojowy, a zatem nie podjął terapii logopedycznej (zgodnie z panującą regułą związaną z kryterium metrykalnym).

Co zrobiło dziecko?

Dziecko, mając prawidłowo rozwijający się słuch fonemowy, dąży do zróżnicowania artykulacyjnego fonemów /sz/ – /s/ oraz /r/ – /l/. Napotykając jednak na pewną rzeczywistą przeszkodę (np. skrócone wędzidełko języka, mała sprawność języka, inne cechy anatomiczno-czynnościowe układu oddechowo-fonacyjno-artykulacyjnego, o których jeszcze mało wiemy!), uzyskuje z biegiem czasu realizacje dorsalne fonemów /sz/, /r/. Inaczej mówiąc, dziecko różnicuje artykulacyjnie fonem /sz/ z fonemem /s/, ponieważ fonem /sz/ realizuje dorsalnie. Robi to zgodnie ze swoimi warunkami anatomiczno-czynnościowymi.

Analiza

Analizując opis przedstawionej sytuacji, nasuwają się następujące pytania:

- Czy opisane realizacje fonemów przez dzieci w wieku 3 lat były substytucjami czy też już deformacjami?
- Czy rzeczywiście cechy audytywne i artykulacyjne występujące przy realizacjach /sz/ → [s], /r/ → [l] były identyczne, jak przy realizacji fonemów /s/ → [s], /l/ → [l], czy nieco odmienne, a logopeda owych różnic nie zauważył?
- Albo inaczej: Czy logopeda nie zauważył (nie usłyszał, nie zobaczył) owych różnic, czy też zauważył (usłyszał, zobaczył), ale nie dokonał ich prawidłowej interpretacji?

Nie mówi się „lyba” tylko „Lyba”

Analizując słynną wypowiedź dziecka: „Nie mówi się lyba tylko Lyba”, można przytoczyć następujący komentarz L. Kaczmarka: „Identycznie brzmiące dla otoczenia dziecięce [l], używane zamiast [r], oraz [l] normalne są dla dziecka głoskami różnymi, są realizacjami dwu różnych, jak to mówimy, fonemów, mianowicie /r/ oraz /l/. Dziecko wie, jak dana głoska winna brzmieć, nie każdą jednak umie właściwie wymówić, dlatego też protestuje, gdy otoczenie naśladuje jego wymowę”¹⁹. Innymi słowy, taka wypowiedź dziecka świadczy nie tylko o jego dobrym słuchu fonemowym, ale także o niedoskonałości słuchu dorosłego, który nie dostrzega, że dziecko wymówiło dwie różne głoski.

Wnioski dla praktyki logopedycznej

Pojawiające się w dziecięcych artykulacjach drobne i subtelne różnice nie zawsze są dostrzegane przez badającego logopedę, nie można ich zatem opisywać w kategorii substytucji. Otwarte pozostaje pytanie: Które z cech odzwierciedlonych we wrażeniach słuchowych i wzrokowych „docierających” do logopedy będą prowadziły do tego, że z /sz/ → [s] lub /r/ → [l] pojawią się u dziecka normalne realizacje fonemów /sz/, /r/? Tego logopedia jeszcze nie wie...²⁰.

Proponuję zatem oderwać się od tropienia i poszukiwania w dziecięcej wymowie substytucji i deformacji, a w zamian rzetelnie opisywać sposób realizacji fonemów, następnie zaś poszukiwać odpowiedzi na pytanie: Dlaczego nienormalne cechy fonetyczne wystąpiły bez względu na wiek dziecka? W takim ujęciu opis realizacji typu /sz/ → [s] powinien przyjąć formę: /sz/ → zębowe. Sam zapis ma jednak znaczenie drugorzędne. Najważniejsze jest poszukiwanie odpowiedzi na pytanie: Dlaczego wystąpiły opisane realizacje, niezgodne z normą językową?

System opisu nienormalnych realizacji fonemów – propozycja

Zajmijmy się opisem nienormalnych realizacji fonemów spółgłoskowych, gdyż one najczęściej są przedmiotem terapii logopedycznej. W moim ujęciu podsta-

¹⁹ L. KACZMAREK: *Nasze dziecko...*, s. 73.

²⁰ Por. B. OSTAPIUK: *Dziecięca artykulacja czy wada wymowy – między fizjologią a patologią*. „Logopedia” 2002, nr 31, s. 95–156; D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Słuchanie, patrzenie i „kodowanie” w badaniu logopedycznym*. „Śląskie Wiadomości Logopedyczne” 2004, nr 7, s. 23–28; EADEM: *Lowely, jody i safy, czyli o tzw. substytucjach i deformacjach*. „Śląskie Wiadomości Logopedyczne” 2005, nr 8, s. 26–29.

wa opisu nienormatywnych realizacji wynika ze sposobu kategoryzacji spółgłosek i wyznaczników ich charakterystyki, funkcjonujących w opisach polskiego systemu fonetycznego²¹. Owymi wyznacznikami, według których opisujemy spółgłoski podstawowe, są: lokacja, modalność, rezonansowość, sonantyczność (tabela 1.)²². Zwróćmy uwagę, że są to również ogólne wyznaczniki, według których – mówiąc metaforycznie – mierzymy spółgłoski. Każda spółgłoska podstawowa ma dokładne parametry lokacji, modalności, rezonansowości i sonantyczności. Są to jej wymiary, które pozwalają ją rozpoznawać, identyfikować, odróżniać od innych i opisywać. Owe wymiary są zgodne z przyjętym systemem fonologiczno-fonetycznym.

TABELA 1. Wyznaczniki opisu spółgłosek podstawowych, czyli kryteria mierzenia spółgłosek a kategorie ukazujące ogólny charakter zaburzenia cechy normatywnej

Wyznaczniki opisu spółgłosek podstawowych, czyli „kryteria mierzenia spółgłosek”	Kategorie ukazujące ogólny charakter zaburzenia cechy normatywnej
główne miejsce artykulacji (lokacja)	dyslokacja
sposób artykulacji (modalność)	dysmodalność
udział rezonatora nosowego (rezonansowość)	dysrezonansowość
udział wiązań głosowych (sonantyczność)**	dyssonantyczność

* Por. sposób ujęcia wyznaczników opisu spółgłosek podstawowych według B. Rocławskiego (B. ROCLAWSKI: *Podstawy wiedzy o języku polskim...*, s. 224), a także D. Ostaszewskiej i J. Tambor (D. OSTASZEWSKA, J. TAMBOR: *Podstawowe wiadomości z fonetyki i fonologii...*, s. 27) oraz D. Pluty-Wojciechowskiej (D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Urodzę dziecko z rozszczepem, czyli o filozofii wczesnej interwencji logopedycznej w przypadku dziecka z rozszczepem podniebienia*. „Logopedia” 2006, nr 35, s. 125–142).

** Termin „sonantyczność” wiąże się z łacińskim słowem *sonans*, ~*antis* dźwięczący. W proponowanej konwencji oznacza udział wiązań głosowych. Zdaje sobie sprawę, że termin ten – wprowadzony przeze mnie ze względów poznawczych i dla ekonomiki wywodu – nie jest doskonały, gdyż słownikowa definicja terminu „sonant” oznacza „spółgłoskę o funkcji zgłoskotwórczej, występującą jako środek sylaby”. Termin „sonantyczność” jest zatem wieloznaczny. Zwróćmy jednak uwagę na to, że pierwotne znaczenie terminu *sonans*, ~*antis* wiąże się z czymś, co dźwięczy, może więc dotyczyć udziału wiązań głosowych, które mają znaczenie w tworzeniu cech fonetycznych opisywanych jako dźwięczność, bezdźwięczność.

ŹRÓDŁO: D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Zaburzenia mowy u dzieci z rozszczepem podniebienia. Badania – Teoria – Praktyka*. Wyd. 2., poszerzone i poprawione. Bytom, Ergo-Sum 2008, s. 95.

²¹ Zob. np.: B. WIERZCHOWSKA: *Wymowa polska*. Warszawa, PWN 1965; D. OSTASZEWSKA, J. TAMBOR: *Podstawowe wiadomości z fonetyki i fonologii współczesnego języka polskiego*. Katowice, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego 1997; B. ROCLAWSKI: *Podstawy wiedzy o języku polskim dla glottodydaktyków, pedagogów, psychologów i logopedów*. Gdańsk, Glottispol 2001.

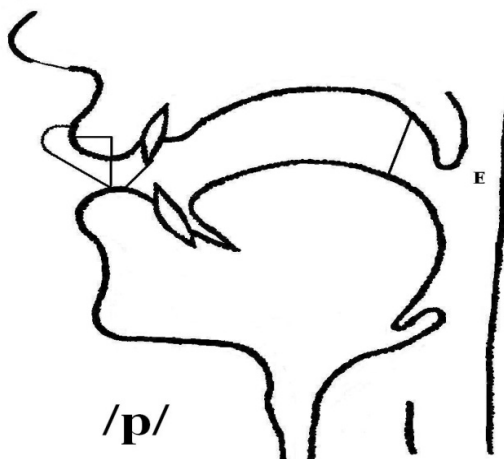
²² Dokładne wyjaśnienie istoty znaczenia przyjętych terminów: „lokacja”, „modalność”, „rezonansowość”, „sonantyczność” itd. było przedmiotem innej publikacji: D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Zaburzenia mowy u dzieci z rozszczepem podniebienia...* Por. także sposób kategoryzacji spółgłosek przez Danutę Ostaszewską i Jolantę Tambor, z których ujęcia częściowo skorzystałam. Badaczki uznają, że twardość / miękkość stanowi „pochodną 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)”. D. OSTASZEWSKA, J. TAMBOR: *Podstawowe wiadomości z fonetyki i fonologii...*, s. 27–28.

Każda z wymienionych kategorii może podlegać dalszej kategoryzacji z wykorzystaniem chociażby propozycji Barbary Ostapiuk²³, Liliany Konopskiej²⁴ i Danuty Pluty-Wojciechowskiej²⁵.

Przykładowo, dyslokacje przy realizacji fonemu /p/, jakie odnotowałam w prowadzonych przeze mnie badaniach realizacji fonemów spółgłoskowych u dzieci i młodzieży z rozszczepem podniebienia, pozwoliły na określenie następujących nienormalnych miejsc artykulacji:

- wargowo-nawargowość;
- dwuwargowość z biernością wargi górnej lub zaburzeniami jej ruchomości;
- wargowo-zębowość;
- tylnojęzykowość;
- realizacje poza jamą ustną (ekstraoralność).

Symbolicznie i w znacznym uproszczeniu ukazuje to rysunek 1.



E – realizacje poza jamą ustną, czyli ekstraoralność

Prosta kreska na wardze górnej – brak ruchomości wargi górnej

RYSUNEK 1. Symboliczne oznaczenie dyslokacji przy realizacji fonemu /p/ u osób z rozszczepem podniebienia

ŹRÓDŁO: D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Zaburzenia mowy u dzieci z rozszczepem podniebienia...*, s. 119.

Z kolei przy realizacji fonemu /t/ wystąpiły następujące dyslokacje:

- językowo-wargowość;
- międzyzębowość;

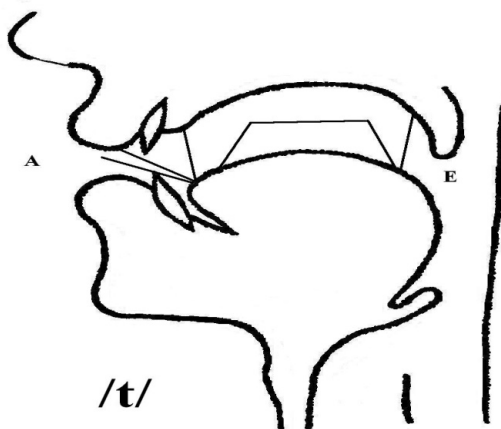
²³ Por. B. OSTAPIUK: *Zaburzenia dźwiękowej realizacji fonemów języka polskiego – propozycja terminów i klasyfikacji*. „Audiofonologia” 1997, nr 10, s. 117–136.

²⁴ L. KONOPSKA: *Wymowa osób z wadą zgryzu...*

²⁵ D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Zaburzenia mowy u dzieci z rozszczepem podniebienia...*

- dziąsłowość;
- dorsalność;
- tylnojęzykowość;
- realizacje poza jamą ustną;
- alokacja (brak realizacji).

Schematyczną wizualizację nienormalnych miejsc artykulacji przedstawia rysunek 2.



∩ – dorsalność (która z kolei może być medialna lub dysmedialna)

E – realizacje poza jamą ustną, czyli ekstraoralność

A – alokacja, brak realizacji

RYSUNEK 2. Symboliczne oznaczenie dyslokacji przy realizacji fonemu /t/ u osób z rozszczepem podniebienia

ŹRÓDŁO: D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Zaburzenia mowy u dzieci z rozszczepem podniebienia...*, s. 120.

Zaproponowany system opisu nawiązuje do typologii dyslalii zawartej w propozycji B. Ostapiuk, która dzieli dyslalie, uwzględniając rodzaj zaburzonej cechy fonetycznej, np. dysdentalność, dyskluzywość, dysnazalność itp.²⁶ Jest to zatem typologia o charakterze objawowym, a dokładnie – objawowa typologia jakościowa.

W kierunku poszukiwania etiologii

Opis zaburzenia z wykorzystaniem zaproponowanej strategii staje się punktem wyjścia do sformułowania pytania: dlaczego? W przypadku konkretnych opisów nienormalnych realizacji fonemów logopeda może sformułować następujące pytania:

²⁶ B. OSTAPIUK: *Zaburzenia dźwiękowej realizacji fonemów...*, s. 117–136.

- Dlaczego wystąpiła dorsalność przy realizacji fonemu /t/?
- Dlaczego wystąpił rezonans nosowy przy realizacji fonemów ustnych?
- Dlaczego wystąpiła zwarta i dorsalna realizacja fonemu /r/?
- Dlaczego wystąpiła dwuwargowa realizacja fonemów wargowo-zębowych? Pytania te mogą przybrać jeszcze inną formę, a mianowicie:
- Co przeszkadza dziecku w uzyskaniu dentalności przy realizacji fonemu /t/ i powoduje, że uzyskiwana jest dorsalność?
- Dlaczego dziecko nie potrafi oddzielić jamy ustnej od nosowej przy realizacji fonemów ustnych?
- Dlaczego dziecko nie podnosi przedniej części języka do górnych dziąseł i nie uzyskuje wibracji przedniej części języka przy realizacji fonemu /r/?
- Dlaczego dziecko nie zbliża dolnej wargi do górnych zębów przy realizacji fonemów wargowo-zębowych?

W rozważaniach dotyczących charakteru zaburzeń i w poszukiwaniu etiologii zakłóceń dźwiękowych realizacji fonemów może być przydatna typologia dyslalii, jaką proponują Halina Mierzejewska i Danuta Emiluta-Rozya²⁷ oraz – w analizie struktury zaburzenia – propozycja D. Pluty-Wojciechowskiej²⁸.

H. Mierzejewska i D. Emiluta-Rozya przyjmują, że zakłócenia dźwięków mowy to dyslalia, czyli są one symptomem pewnych nieprawidłowości. Dodając przymiotniki: „obwodowa”, „podkorowa”, „korowa”, autorki proponują określać przyczynę dyslalii. Dyslalia obwodowa przeciwstawiana jest dyslalii podkorowej i korowej, co wynika ze wskazania miejsca defektu, będącego przyczyną wadliwej wymowy. Dyslalia obwodowa ma trzy formy, a mianowicie:

- dyslalię anatomiczną ruchową (dysglosję);
- dyslalię funkcjonalną;
- dyslalię anatomiczną słuchową²⁹.

Moim zdaniem dyslalię można kategoryzować, uwzględniając strukturę zaburzonego systemu fonetycznego. Moja propozycja – będąca klasyfikacją objawową – umożliwi pewien wgląd w swoistą strukturę lub architekturę zaburzonego systemu fonetyczno-fonologicznego na tle normatywnego. Proponowana przeze mnie typologia umożliwi także pewne uporządkowanie różnego rodzaju złożonych zjawisk występujących w nienormatywnych realizacjach fonemów spółgłoskowych u różnych osób – „od najprostszych do najbardziej złożonych, od jednowymiarowych do wielowymiarowych, od jednoznacznych w opisie do niemożliwych w charakterystyce za pomocą badania logopedycznego”³⁰. Wśród dyslalii, ze względu na ogólny charakter objawu, wyróżniam:

- dyslalię o charakterze dyslokacji;

²⁷ H. MIERZEJEWSKA, D. EMILUTA-ROZYA: *Projekt zestawienia...*, s. 37–48.

²⁸ D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: „Wymiary głoski” – jako istotne elementy poznania – podstawą kategoryzacji dyslalii. *Próba opisu*. „Logopedia” 2007, nr 36, s. 51–76.

²⁹ H. MIERZEJEWSKA, D. EMILUTA-ROZYA: *Projekt zestawienia...*, s. 37–43.

³⁰ D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: „Wymiary głoski” – jako istotne elementy..., s. 51–76.

- dyslalię o charakterze dysonantyczności;
- dyslalię o charakterze dysrezonansowości;
- dyslalię o charakterze dysmodalności³¹.

Z kolei dokładniejszy podział dyslalii, uwzględniający strukturę zaburzonego systemu fonetycznego, jest – w moim ujęciu – następujący:

- dyslalia jednowymiarowa;
- dyslalia wielowymiarowa;
- dyslalia parawymiarowa;
- dyslalia awymiarowa;
- dyslalia mieszana.

Dyslalia jednowymiarowa jest takim rodzajem dyslalii, w którym występuje zaburzenie w obrębie jednego wymiaru. W ramach dyslalii jednowymiarowej można dokonać następującego podziału:

- **dyslalia jednowymiarowa jednogłoskowa:** zaburzenie dotyczy jednej głoski i jednego jej wymiaru, np. zaburzenie obejmuje dźwiękowość przy artykulacji [r], ponieważ występuje [r dentalne];
- **dyslalia jednowymiarowa wielogłoskowa:**
 - **systemowa** (systematyczna?): zaburzenie dotyczy kilku głosek i polega na zaburzeniu jednego, tego samego wymiaru (np. dźwiękowości, będącej cechą głosek [sz, ź, cz, dź, r, l]), przy czym występuje ta sama postać zaburzenia (np. zamiast głosek [sz, ź, cz, dź, r, l] realizowane są głoski [sz, ź, cz, dź, r, l dentalne]);
 - **niesystemowa** (niesystematyczna?): zaburzenie dotyczy kilku głosek i polega na zaburzeniu jednego, tego samego wymiaru, przy czym występują różne deformacje (np. powstają głoski [s, z, c, dz wargowo-zębowe] oraz głoski [t, d, n międzyzębowe]; zwróćmy uwagę, że w przypadku wszystkich tych głosek zaburzony jest jeden wymiar, a mianowicie dentalność).

Dyslalię wielowymiarową można podzielić na:

- dyslalię wielowymiarową wewnętrzną;
- dyslalię wielowymiarową zewnętrzną.

Dyslalia wielowymiarowa wewnętrzna (skoncentrowana?) ma charakter – przyjmijmy operacyjnie – wewnętrzny, gdyż zaburzeniu ulega więcej niż jeden wymiar w obrębie jednej głoski. Wielowymiarowość zaburzenia jest cechą głoski nienormatywnej, np. zamiast głoski [w] powstaje [f dwuwargowe], czyli mamy do czynienia z zaburzeniem w zakresie dźwięczności i wargowo-zębowości. W skrajnych przypadkach może być tak, że nie są realizowane normatywnie wszystkie wymiary, np. zamiast głoski [dź] powstaje [sz dorsalne, z częściową ucieczką powietrza przez nos]. Uwzględniając ogólny charakter zaburzenia, o tym przypadku powiemy, że występują: dyslokacja, dysmodalność, dysonantyczność i dysre-

³¹ Ibidem, s. 51–76.

zonansowość. Dyslalia wielowymiarowa wewnętrzna może dotyczyć jednej głoski (dyslalia wielowymiarowa wewnętrzna jednogłoskowa) oraz kilku lub kilkunastu głosek (dyslalia wielowymiarowa wewnętrzna wielogłoskowa).

Dyslalia wielowymiarowa zewnętrzna (rozsiana?) ma charakter – przyjmijmy operacyjnie – zewnętrzny, gdyż zaburzeniu ulega więcej niż jeden wymiar, ale w obrębie różnych głosek, czyli wielowymiarowość zaburzenia jest cechą więcej niż jednej głoski, lecz w taki sposób, że jedna głoska lub głoski są zniekształcone jednowymiarowo, a inna lub inne także jednowymiarowo, jednakże w zakresie innego wymiaru, np. jedna osoba artykułuje głoski [sz], [ż], [cz], [dż dorsalne] oraz [r dyswibracyjne], czyli zaburzenie występuje w obrębie dźwiękowości przy artykulacji [sz], [ż], [cz], [dż], a wibracyjności – przy wymowie [r]. Takie sytuacje są znane z praktyki logopedycznej. W tej kategorii można także określić dalsze subkategorie, uwzględniające, czy dany wymiar jest zawsze w taki sam sposób deformowany, czy też występują różne sposoby deformacji tego samego wymiaru, czyli pewna konsekwencja / niekonsekwencja (systemowość / niesystemowość?, systematyczność / niesystematyczność?) w sposobie zaburzenia danego wymiaru.

Dyslalia wielowymiarowa złożona obejmuje różne postaci dyslalii wielowymiarowej, których nie można jednoznacznie zakwalifikować do wyróżnionych subkategorii dyslalii wielowymiarowej. W tej postaci występuje zaburzenie w więcej niż jednym wymiarze. Może wówczas dojść do „nakładania się zaburzeń związanych z różnymi wymiarami”, co powoduje, że jedne głoski są zaburzone w obrębie jednego wymiaru, a inne w obrębie dwóch lub nawet więcej wymiarów.

Dyslalia parawymiarowa obejmuje takie realizacje, które są trudne do opisu z wykorzystaniem wskazanych przez fonetykę kategorii za pomocą badania logopedycznego.

Dyslalia awymiarowa dotyczy braku artykulacji głoski.

Dyslalia mieszana obejmuje różne konfiguracje dyslalii jednowymiarowej, wielowymiarowej, parawymiarowej i awymiarowej. Przykładowo, u jednej osoby może wystąpić brak artykulacji głoski [r] wraz z występowaniem wargowo-zębowej artykulacji głosek dźwiękowych dentalizowanych, mamy zatem wówczas do czynienia z dyslalią mieszaną (w tym przypadku: dyslalia awymiarowa wraz z dyslalią jednowymiarową wielogłoskową systemową)³².

Wskazanie rodzaju zaburzonej kategorii fonetycznej (np. lokacja, modalność), dalej – rodzaju zaburzonego wymiaru (np. dźwiękowość) lub wymiarów (np. dźwiękowość i ustność) oraz struktury zaburzenia, jeżeli wykluczyć w szczególności zaburzenia słuchu fizjologicznego i fonemowego, powoduje, że logopeda kieruje uwagę głównie w stronę narządów obwodowych i mechanizmów odpowiedzialnych za uzyskanie określonych cech wymiarów – cech fonetycznych³³. Taka analiza może

³² Ibidem, s. 64–66.

³³ Por. D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Realizacja fonemu /t/ ze względu na miejsce artykulacji u osób z rozszczepem podniebienia pierwotnego i/lub wtórnego*. „Logopedia” 2002, nr 30, s. 115–130; EADEM: „Wymiary głoski” – jako istotne elementy..., s. 51–76.

być przydatna w określeniu struktury zaburzenia oraz w rozważaniach dotyczących poszukiwania etiologii stwierdzonych zaburzeń, a także w kształceniu studentów logopedii.

Zakończenie

Opis objawu jest pierwszym etapem postępowania logopedycznego. Z natury rzeczy przyjmuje on postać językoznawczą, chociaż logopeda uwzględnia także inne parametry, np. psychologiczne. Ze względu na miejsce i rolę, jaką opis odgrywa w postępowaniu logopedycznym, konieczne jest sporządzanie go w sposób rzetelny oraz adekwatny do słyszanych i oglądanych realizacji fonemu. Opis powinien być wolny od sądów o charakterze interpretacyjnym, gdyż nie jest to celem tego etapu postępowania. Na wyjaśnieniu przyczyn wystąpienia opisanych zaburzeń polega zadanie kolejnego etapu we wskazanym na początku opracowania paradygmacie postępowania logopedycznego.

Zakłócenia dźwiękowych realizacji fonemów występują w wielu zaburzeniach, stąd też pojawia się konieczność uporządkowania zagadnień związanych z badaniem i opisem tego typu zjawisk. Przedstawione opracowanie stanowi próbę rekonesansu zagadnień związanych z metodologią opisu dyslalii, zawiera również refleksje wynikające z własnych doświadczeń praktycznych.