

Danuta Pluta-Wojciechowska 

Uniwersytet Łódzki, Wydział Filologiczny, Instytut Filologii Polskiej i Logopedii, Zakład Dialektologii Polskiej i Logopedii,
ul. Pomorska 171/173, 90–236 Łódź, e-mail: danuta.pluta@uni.lodz.pl

Tradycyjna a nowa diagnoza zaburzeń realizacji fonemów. Propozycja analizy

Traditional versus new diagnosis of phoneme realization disorders: a proposal of analysis

Słowa kluczowe: wady wymowy, zaburzenia realizacji fonemów, diagnoza logopedyczna, badanie wymowy

Keywords: speech impediments, phoneme realisation disorders, speech therapy diagnosis, examination of pronunciation

Streszczenie

W artykule autorka porównuje dwa modele diagnozy zaburzeń realizacji fonemów, jakie są obecne w polskiej logopedii. Wskazuje kilka kategorii analizy, które umożliwiają odnalezienie różnic pomiędzy dwoma odmiennymi sposobami postępowania diagnostycznego. Przedstawione rozważania uwzględniają dwie główne koncepcje dyslalii – tradycyjną i nową. Należy przy tym zauważyć, że ostatnie doniesienia wskazują na występowanie jeszcze innego sposobu prowadzenia diagnozy czy terapii logopedycznej, a mianowicie modelu tradycyjnego „pudrowanego”, w którym wprowadza się do schematu tradycyjnego wyjęte z nowej koncepcji dyslalii wątki.

Abstract

The author juxtaposes two models of diagnosis of phoneme realisation disorders that are present in Polish speech therapy. She indicates several categories of analysis that make it possible to find the differences between two different methods of diagnostic procedures. The presented considerations take into account the functioning of two main concepts of dyslalia: the traditional approach and the new one. It should be noted, however, that recent findings point to the existence of yet another method of diagnosis or speech therapy, namely the traditional “powdered” model, in which the elements taken from the new concept of dyslalia are introduced into the traditional scheme.



© by the author, licensee Łódź University – Łódź University Press, Łódź, Poland.
This article is an open access article distributed under the terms and conditions
of the Creative Commons Attribution license CC-BY-NC-ND 4.0
(<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

Data złożenia: 19.05.2023. Data przyjęcia: 30.05.2023

Wprowadzenie

Jednymi z częściej występujących zaburzeń, jakimi zajmują się logopedzi, są wady wymowy. Występują one u osób w każdym wieku. Co ciekawe, diagnoza i terapia zaburzeń realizacji fonemów bywa/jest postrzegana przez niektórych logopedów i nielogopedów – np. lekarzy, psychologów i innych specjalistów – jako postępowanie łatwe i proste. Powoduje to, jak przypuszczam, że – przekraczając własne kompetencje – różni specjaliści, np. laryngolodzy czy stomatolodzy, zabierają głos na temat jakości wymowy, formułując opinie w sposób nie tylko niefortunny, ale też niezgodny ze współczesną wiedzą o zaburzeniach wymowy, co zdumiewa i budzi niepokój. Zdarza się, że również w środowisku logopedycznym (np. w internecie na niektórych stronach czy podczas webinarów) wyrażane są niezgodne ze współczesną wiedzą opinie na temat wad artykulacji (a także innych zaburzeń mowy).

Mit o tym, że diagnoza i terapia zaburzeń realizacji fonemów są proste, wynika – jak przypuszczam – z co najmniej dwóch uwarunkowań. Pierwsze z nich być może wiąże się z przyjętą przez specjalistów (lekarzy, niektórych logopedów) tezą, że „skoro mówię po polsku i mam dobry słuch, to znaczy, że mogę wypowiadać się na temat wad wymowy”. Kolejne może wynikać z popularnego wśród niektórych logopedów modelu diagnozy i terapii wad wymowy, powstałego kilkadziesiąt lat temu, a nazywanego modelem tradycyjnym czy wręcz – można rzec – zwyczajowym, intuicyjnym.

W tym schemacie przyjmuje się pochodzącą sprzed kilkadziesiątu lat interpretację wad wymowy Józefa Tadeusza Kani [1975; 2001¹], który podzielił zaburzenia realizacji fonemów na substytucje, deformacje i elizje, jak również określił metodę badania wymowy za pomocą słuchu. Pozorna prostota matrycy diagnozy artykulacji, sprowadzająca się do poszukiwania przez logopedę substytucji, deformacji i elizji, może być/jest powodem postrzegania wykrywania zaburzeń artykulacji jako działania prostego.

Podobne, na pozór nieskomplikowane rozwiązania proponowane są w tradycyjnym modelu terapii, w którym wyróżnia się zasadniczo trzy etapy postępowania, a mianowicie: przygotowanie narządów mowy do wywołania głoski, wywołanie głoski i jej automatyzację [Van Riper, Irwin, 1970; Antos, Demel, Styczek, 1971; Demel, 1978; Styczek, 1981; Rodak, 1992; Sołtys-Chmielowicz, 2008; por. Kania, 2001; Stasiak, 2015, różne poradniki na stronach internetowych i rynku wydawniczym, powielające model terapii tradycyjnej, np. Michalak-Widera, 2007; 2012]. Ten model interwencji sprzed kilkadziesiątu lat nie został sprawdzony w badaniach naukowych [zob. np. Forrest, 2002; Gúthová, Šebianová, 2002; Bunton, 2008; Lof, 2003; 2008; 2009; Pluta-Wojciechowska, Sambor, 2018; Pluta-Wojciechowska, 2019; 2020a; 2020b], co zdumiewa. Jednakże jego złudna prostota powoduje/

1 W opracowaniu z 2001 roku znajdują się przedruki prac J.T. Kani m.in. z 1967, 1968 i 1975 roku (zob. bibliografia).

może powodować przekonanie, że terapia logopedyczna pacjenta z zaburzeniami realizacji fonemów jest prosta, gdyż schemat pomocy sprawia wrażenie nieskomplikowanego, przejrzystego, a działania oferowane pacjentowi sprowadzić można do ćwiczeń typu: poruszanie językiem w różne strony, wykonanie kilku ruchów wargami, dmuchanie na papierki itp. (zwróćmy uwagę, że aby zadać tego typu ćwiczenia, nie trzeba być logopedą), a dalej wywołanie głoski i jej utrwalenie w mowie. Jednakże tematem niniejszego artykułu nie jest analiza różnych modeli terapii, stąd nie omawiam wątpliwości, jakie budzi tradycyjny schemat terapii, odsyłając czytelnika do odpowiednich publikacji. Istotne jest, że – jak wynika z moich kilkudziesięcioletnich kontaktów z logopedami – podczas kształcenia studenci zostają zapoznani głównie – jeśli nie wyłącznie – z tradycyjnym, zwyczajowym modelem terapii, a odmienny, czyli nowy sposób postępowania, jest im nieznanym lub znany wybiórczo.

Wiedza na temat dyslalii w aspekcie diagnozy i terapii wiąże się/powinna wiązać się z różnymi domenami poznawczymi, a mianowicie teorią zaburzeń mowy, w tym z procedurami postępowania logopedycznego [Grabias, 2008; 2012; Grabias, Panasiuk, Woźniak, 2015], lingwistycznymi i medycznymi podstawami diagnozy i terapii logopedycznej, a także – co należy podkreślić – formułą *Evidence-based practice* – EBP [ASHA – American Speech-Language Hearing Association, b.r.], która przypomina m.in. o tym, że podstawą postępowania logopedycznego z pacjentem z zaburzeniami mowy powinny być badania naukowe.

Przedmiot i cel pracy

Niniejsze opracowanie zawiera analizę dwóch różnych modeli diagnozy zaburzeń realizacji fonemów, jakie są obecne w polskiej logopedii. Porównując dwa wzorce diagnozy wad wymowy, wyróżniam kilka głównych kategorii analizy, które umożliwiają odnalezienie występujących różnic pomiędzy odmiennymi sposobami prowadzenia pierwszego etapu postępowania z pacjentem z nieprawidłową wymową.

Głównym celem pracy jest nie tylko porównanie dwóch odmiennych sposobów prowadzenia diagnozy zaburzeń realizacji fonemów, ale również z jednej strony rozwijanie u logopedów i studentów logopedii umiejętności myślenia o typie heurystycznym, zdolności analizowania czy wnioskowania, z drugiej zaś ułatwienie czytelnikowi pewnej autorefleksji, polegającej na rozpoznaniu stosowanego przez siebie sposobu prowadzenia diagnozy wad wymowy. Nie podejmuję problematyki prowadzenia diagnozy z użyciem tzw. obiektywnych metod typu artykulograf [np. Lorenc, 2016] czy rezonans magnetyczny, gdyż nie są one stosowane w gabinetach logopedycznych w przedszkolu, szkole czy poradni, w których specjalista ma do dyspozycji własne zmysły i własną wiedzę o postępowaniu z pacjentem. Zwróćmy też uwagę, że zarówno metody zwane obiektywnymi, jak

i metoda słuchowo-wzrokowa oceny wymowy mają swoje ograniczenia [Ramanarayanan i in., 2018; Pluta-Wojciechowska, 2022].

Wybierając tematykę opracowania, kierowałam się następującą przesłanką: diagnoza jest podstawą dla prowadzenia terapii logopedycznej, a więc rodzaj diagnozy będzie w znacznym stopniu określał kierunki i formę terapii. Jest to zgodne z funkcjonującym w logopedii paradygmatem postępowania w różnych zaburzeniach, także w dyslalii, którą rozumiem jako zaburzenia realizacji fonemów.

Kontekst rozważań. O trzech ujęciach dyslalii w polskiej logopedii

Przedstawione rozważania wpisują się w analizy odnoszące się do funkcjonujących w polskiej logopedii dwóch koncepcji dyslalii, a mianowicie: ujęcia tradycyjnego oraz ujęcia nowego, o czym pisałam powyżej. Takie rozróżnienie jest obecne w moich publikacjach [2019; 2020b; 2022], a także w rozważaniach np. Barbary Ostapiuk [1997; 2013a; 2013b], Lilianny Konopskiej [2006; 2015], Barbary Sambor [2021], chociaż nie wszystkie ze wskazanych autorek używają przymiotników „nowe” i „tradycyjne” w odniesieniu do różnych paradygmatów postępowania z pacjentem z dyslalią. Należy jednak zauważyć, że ostatnie doniesienia wskazują na możliwość występowania jeszcze innej kategoryzacji sposobów prowadzenia diagnozy i terapii zaburzeń realizacji fonemów niż wskazane. Będzie o tym mowa poniżej.

Ujęcie tradycyjne dyslalii łączy się z interpretacją wad wymowy Józefa Tadeusza Kani sprzed kilkudziesięciu lat (podział na substytucje, deformacje i elizje), a także z tradycyjnym modelem terapii uwzględniającym propozycję Charlesa Van Ripera i Johna V. Irwina [1970]. Przedstawicielami tradycyjnego modelu dyslalii są w Polsce Genowefa Demel [1978], Hanna Rodak [1992], Irena Styczek [1981], Anna Sołtys-Chmielowicz [2008] i inne osoby powielające model postępowania z pacjentem z dyslalią, np. Iwona Michalak-Widera [2007; 2012], przy czym tradycyjny model terapii nie został sprawdzony w badaniach naukowych określających poziom jego skuteczności, o czym już wspominałam w innym kontekście.

Początek nowego ujęcia dyslalii należy łączyć z nowatorskim jak na owe czasy opracowaniem Barbary Ostapiuk z 1997 roku. Autorka zaproponowała odejście od terminów typu „dyslalia jednoraka”, „dyslalia wieloraka” czy „seplenienie” lub „rotacyzm” i jednocześnie przedstawiła nową wizję diagnozy wad wymowy. Można zatem zauważyć, że nowa koncepcja dyslalii nie jest już całkiem nową, gdyż liczy ponad 26 lat. W tym czasie przedstawiono wiele badań i analiz prowadzonych według nowego paradygmatu [np. Ostapiuk, 1997; 2013a; 2013b; Konopska, 2002; 2006; 2015; Pluta-Wojciechowska, 2005; 2008a; 2008b; 2010; 2011; 2019; 2020a; 2020b; 2022; Stecewicz, Halczy-Kowalik, 2015; Trzaskalik, 2016; 2017; Malicka, 2019; Sambor, 2021].

Jednakże transformacja prowadzenia diagnozy i terapii wad wymowy nie przebiega wyłącznie na osi od tradycyjnego ujęcia dyslalii do nowego modelu diagnozy i terapii wad wymowy. Moje najnowsze analizy [Pluta-Wojciechowska, 2023] pokazują, że pomiędzy ujęciem tradycyjnym i nowym modelem dyslalii można wyłonić takie sposoby postępowania, które są swoistą hybrydą podejścia tradycyjnego i nowego. Oznacza to, że logopeda posługuje się tradycyjnym modelem dyslalii, przyjmując jego podstawy teoretyczne i metodyczne, ale wprowadza do swojego warsztatu czy refleksji teoretycznej pewne wątki, ćwiczenia, metody zaczerpnięte z katalogu sposobów prowadzenia diagnozy i terapii z wykorzystaniem nowego schematu. Powody użycia wyrwanych z nowej metodyki metod czy wątków prowadzenia diagnozy i terapii mogą być różne, np. niewystarczalność tradycyjnych metod diagnozy i terapii, chęć naprawiania czy ozdabiania koncepcji tradycyjnej itp. Biorąc pod uwagę powyższe źródła i strategie modyfikacji tradycyjnego (intuicyjnego i zwyczajowego) wzorca postępowania w przypadku wad wymowy, taki rodzaj prowadzenia diagnozy i terapii można nazwać ujęciem tradycyjnym „pudrowanym”. Owo „pudrowanie” modelu tradycyjnego może mieć różny zasięg, motywacje i skutki, co jedynie podkreślam, ale nie omawiam, odsyłając czytelnika do odpowiednich opracowań. Przy tym należy zauważyć, że podwaliną analizy tradycyjnego „pudrowanego” ujęcia dyslalii jest porównanie dwóch modeli prowadzenia diagnozy i terapii zaburzeń realizacji fonemów – tradycyjnego i nowego. Dopiero w dalszej kolejności będzie możliwe opisywanie trzeciego ujęcia diagnozy artykulacji, a mianowicie tradycyjnego „pudrowanego”.

Tradycyjny a nowy model diagnozy zaburzeń realizacji fonemów

Przedstawione w tej części artykułu rozważania dotyczą różnych koncepcji diagnozy zaburzeń realizacji fonemów, co wpisuje się w analizy o charakterze metodycznym wraz z podstawami poznawczymi, które determinują odmienne rozwiązania dotyczące sposobów badania wymowy, interpretacji stwierdzonych zaburzeń, a także podstaw terapii.

Porównanie dwóch odmiennych sposobów prowadzenia diagnozy zaburzeń realizacji fonemów proponuję prowadzić według następujących kryteriów: główne podstawy teoretyczne, implikacje przyjętych założeń i nastawienie badającego, badanie objawu zaburzeń realizacji fonemów (czyli sposób oceny wymowy), porządkowanie i synteza wyników badania wymowy, poszukiwanie przyczyn zaburzeń wymowy i ustalanie ich patomechanizmu, efekty diagnozy, prognozowanie (tab. 1).

Tabela 1. Tradycyjny a nowy model diagnozy. Propozycja analizy porównawczej

Kategoria analizy	Ujęcie tradycyjne	Ujęcie nowe
Główna podstawa teoretyczna	<p>Interpretacja wad wymowy J.T. Kani – podział na substytucje, deformacje i elizje, jak również typologia dyslalii L. Kaczmarka (np. podział na dyslalię jednoraką i wieloraką), a także funkcjonujące również w foniatryi rodzaje wad wymowy typu seplenienie, lełanie, reranie itp.</p> <p>Pewnym dopełnieniem tych propozycji jest wyróżnienie typów rotacyzmów i seplenień, które odnoszą się do kilku możliwych rodzajów zaburzeń realizacji fonemu /r/ oraz fonemów dentalizowanych i nie są wystarczające; brak odniesień do nienormalnych realizacji innych fonemów, np. fonemów dwuwargowych itd.</p>	<p>System fonemowo-fonetyczny języka polskiego określający normatywne cechy głosek jako dźwiękowych realizacji fonemów [zob. np. Ostapiuk, 1997; 2013a; 2013b; Rocławski, 2010].</p> <p>Głoska jest realizacją fonemu i powstaje w wyniku uruchomienia fonemu jako jej neurologicznego i poznawczego wzorca, co staje się bazą kategoryzacji głosek wadliwych ze względu na stosunek do realizowanego fonemu.</p> <p>Za każdą cechą fonetyczną, także nienormalną, stoi określony układ, pozycja i ruch narządów mowy. Wynika to wprost z fonetyki artykulacyjnej i staje się – obok wrażeń audytywnych – fundamentem oceny artykulacji.</p>
Implikacje przyjętych założeń. Nastawienie badacza	<p>Główne cele badania wymowy to:</p> <ul style="list-style-type: none"> – wykrycie substytucji, deformacji i elizji, – ustalenie liczby nienormalnych głosek, – ustalenie rodzaju głosek wadliwych. 	<p>Celem badania wymowy jest porównanie cech fonetycznych (np. ze względu na miejsce artykulacji, sposób artykulacji, udział rezonatora nosowego, udział wiązań głosowych) badanych realizacji fonemów z cechami fonetycznymi głosek uznanych za normalne realizacje fonemów, jak również – w dalszej kolejności – ustalenie relacji badanej głoski do cech realizowanego fonemu.</p>
Badanie objawu zaburzeń realizacji fonemów	<p>Słuchowa ocena wymowy lub jej preferencja. Bazą tej strategii badania jest/ może być wiara, że człowiek posiada umiejętność precyzyjnego różnicowania cech głosek wadliwych i normalnych, co jest sprzeczne z biologicznymi właściwościami słuchu człowieka [np. Jassem, 1971; Kurcz, 1976], a także różnicami w możliwości słuchowego odkrywania cech wadliwych głosek w zależności od ich rodzaju^a. Nie jest wykluczone, że wybór słuchowej strategii oceny wymowy ma związek z uznaniem, że najważniejsza jest komunikacja, co wiąże się ze zrozumiałością mowy</p>	<p>Analityczno-fonetyczna metoda badania realizacji fonemów (można ją syntetycznie i w uproszczeniu opisać jako badanie każdej głoski i każdej cechy fonetycznej) z wykorzystaniem strategii słuchowo-wzrokowo-czuciowo-eksperymentalnej. Wzbogacenie oceny słuchowej o inne drogi poznania głoski (np. za pomocą wzroku) umożliwia pewną obiektywizację własnej subiektywnej oceny słuchowej (zob. dalsze uwagi na temat specjalnych urządzeń do oceny wymowy).</p>

Kategoria analizy	Ujęcie tradycyjne	Ujęcie nowe
	<p>(tu w aspekcie fonetycznym): ważne jest zatem brzmienie głosek umożliwiające realizację celów komunikacyjnych (w sposób niezwracający uwagi ze względu na jakość dźwięku, który może być dobry lub w różnym zakresie zbliżony do normatywnego), a nie ich budowa artykulacyjna. W takim przypadku każdy logopeda musi wyznaczyć swoją – wielce subiektywną – granicę pomiędzy tym, co uznaje za dobre ze względu na komunikację, a tym, co niedopuszczalne.</p>	
Porządkowanie i synteza wyników badania wymowy	<p>Wyniki badania są/mogą być porządkowane ze względu na przyjętą podstawę teoretyczną, co oznacza:</p> <ul style="list-style-type: none"> – wskazanie substytucji, deformacji i elizji; – ustalenie, że u pacjenta występuje dyslalia jednoraka lub wieloraka; – ustalenie, że u pacjenta występuje seplenie, rotacyzm lub lełanie itp.; zdarza się, że wskazywany jest rodzaj seplnienia, np. międzyzębowe. 	<p>Wyniki badania są/mogą być porządkowane ze względu na różne kryteria (nie tylko substytucje, deformacje i elizje), np.:</p> <ul style="list-style-type: none"> – relację dźwiękowej realizacji fonemu występującego u pacjenta do „poprawnej fonemowo i fonetycznie realizacji fonemu” [Ostapiuk, 1997, s. 127], co pozwala na wyodrębnienie dyslalii fonetycznej, fonemowej, fonemowo-fonetycznej, pozafonemowej [Ostapiuk 1997; 2013a]; – rodzaj nienormatywnie realizowanej kategorii fonetycznej (np. miejsce artykulacji, udział rezonatora nosowego), czyli wskazanie, że u pacjenta występuje np. dyslokacja, dysmodalność, dysrezonansowość itp. [zob. D. Pluta-Wojciechowska, 2008a; 2011]; – rodzaj wadliwie tworzonej cechy fonetycznej (np. zębowość, apikalność, postdentalność, medialność^{b)}) i wskazanie wadliwej cechy występującej zamiast normatywnej, np. dysmedialności; – ustalenie struktury zaburzonego systemu fonemowo-fonetycznego pacjenta, w tym m.in. fonemów czy cech fonemowych realizowanych normatywnie i nienormatywnie, co prowadzi do wskazania występujących tendencji, a także mocnych cech pacjenta, na których można oprzeć terapię logopedyczną.

Tabela 1 (cd.)

Kategoria analizy	Ujęcie tradycyjne	Ujęcie nowe
Poszukiwanie przyczyn zaburzeń wymowy i ustalenie mechanizmu zaburzeń	<p>Ocena procesów percepcyjnych i realizacyjnych w celu ustalenia przyczyn zaburzeń artykulacji ma charakter ogólny, co wynika z ograniczonej wiedzy o badanych słuchem głoskach. Na podstawie takiej oceny głosek trudno formułować szczegółowe pytania dotyczące przyczyn występowania nieprawidłowej pozycji i ruchów narządów mowy, co ma związek z pomijaniem oceny budowy artykulacyjnej głosek.</p> <p>Ponieważ logopeda posługujący się tradycyjnym modelem diagnozy nie zagląda do jamy ustnej pacjenta podczas oceny wymowy (lub robi to wybiórczo), nierzadko nie widzi potrzeby sprawdzania jakości narządów mowy jamy ustnej^f.</p>	<p>Ocena procesów percepcyjnych i realizacyjnych w celu ustalenia przyczyn zaburzeń artykulacji ma charakter analityczny, co wynika ze słuchowo-wzrokowej oceny każdej cechy fonetycznej badanej realizacji fonemu^d. Umożliwia to sporządzenie katalogu pytań dotyczących przyczyny/przyczyn występowania nienormatywnych ruchów i pozycji narządów mowy odpowiedzialnych za wykryte podczas badania nienormatywne cechy artykulacji. Logopeda poszukuje związków pomiędzy rodzajem nienormatywnej cechy fonetycznej/nienormatywnych cech fonetycznych a warunkami percepcyjnymi i realizacyjnymi pacjenta, co wyraża się formułowaniem w dalszej części diagnozy wniosków uwzględniających relacje przyczynowo-skutkowe, np.:</p> <ul style="list-style-type: none"> – dysmedialny przepływ powietrza podczas realizacji fonemów dentalizowanych wynika z ankyloglosji i asymetrycznego połykania oraz pozycji spoczynkowej języka; – dyswibracyjność wynika z ankyloglosji; – zębowa realizacja fonemów dentalizowanych dziąsłowych wynika z zaburzeń słuchu fonemowego w obrębie opozycji miejsca artykulacji. <p>Analizy mogą też dotyczyć takich problemów, jak:</p> <ul style="list-style-type: none"> – dorsalność w przypadku doprzedniej wady zgryzu a dorsalność w przypadku ankyloglosji; – nosowanie otwarte anatomiczne a nosowanie otwarte funkcjonalne; – niepośrodkowy przepływ powietrza przy realizacji fonemów dentalizowanych warunkowany ankyloglosją a niepośrodkowy przepływ powietrza przy realizacji fonemów dentalizowanych wynikający z jednostronnego zwężenia górnego łuku zębowego.

Kategoria analizy	Ujęcie tradycyjne	Ujęcie nowe
Efekt diagnozy	<p>Wskazanie na występowanie substytucji, deformacji i elizji, liczby głosek wymawianych wadliwie czy nazw głosek wymawianych wadliwie, np.:</p> <ul style="list-style-type: none"> – u pacjenta występuje pararotacyzm; – u pacjenta występuje dyslalia wieloraka; – u pacjenta występuje rotacyzm; – u pacjenta występuje seplenie międzyzębowe. <p>Zob. uwagi powyżej na temat możliwości wykrywania przyczyn zaburzeń wymowy w obliczu ograniczonej wiedzy o głoskach, badanych za pomocą słuchu.</p>	<p>Poznanie struktury zaburzonego systemu fonemowo-fonetycznego pacjenta w aspekcie objawów i przyczyn zaburzeń, co ułatwia prognozę i prowadzenie terapii, np.:</p> <ul style="list-style-type: none"> – u pacjenta występuje zwarto-wybuchowa, dorsalna i dysmedialna realizacja fonemu /r/ wynikająca z ankyloglosji i jednostronnego zwężenia łuku zębowego; – u pacjenta występuje nosowanie otwarte anatomiczne (wynikające z rozszczepu podśluzówkowego); – u pacjenta występuje dorsalność asymetryczna i niepośrodkowy przepływ powietrza podczas realizacji fonemów dentalizowanych wynikające z ankyloglosji.
Prognozowanie	<p>Główne zasady, na jakich opiera się prognozowanie, w tym podejmowanie lub niepodejmowanie terapii logopedycznej, to:</p> <ul style="list-style-type: none"> – w przypadku wykrycia (metodą słuchową) substytucji w określonym wieku (zwanych dziecięcą wymową, czyli np. dziecko mówi „safa” zamiast „szafa”) – uznanie ich za zjawisko rozwojowe, a więc niepodlegające terapii i przyjęcie założenia, że „dziecko z nich wyrośnie”^e; – w przypadku wykrycia deformacji – podejmowanie terapii bez względu na wiek dziecka. 	<p>Główne zasady, na jakiej opiera się prognozowanie, w tym podejmowanie lub niepodejmowanie terapii logopedycznej, to wyjaśnianie – bez względu na wiek dziecka – wykrytej podczas badania wymowy metodą wielozmysłową (nie tylko słuchem) nienormatywnej cechy fonetycznej, także w przypadku tzw. dziecięcej wymowy, np. zamiast „szafa” dziecko mówi „safa”.</p>

^a Na przykład niepośrodkowy przepływ powietrza stosunkowo łatwo można odkryć za pomocą słuchu w przypadku głosek dentalizowanych. Z kolei niepośrodkowy przepływy powietrza podczas realizacji fonemów zębowych zwarto-wybuchowych będzie o wiele trudniejszy lub wręcz niemożliwy do odkrycia metodą słuchową [Pluta-Wojciechowska, 2022].

^b Barbara Ostapiuk 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, kluzyność, frykacyjność, afrykacyjność, wibracyjność, lateralność, medialność, dentalizacja, adentalizacja [Ostapiuk, 2013a, s. 101–103].

^c Historia rozwoju dyslalii w Polsce uświadamia także, że logopedzi w różny sposób traktowali np. wędzidełko języka w etiologii wad wymowy: jedni w ogóle nie badali/badają jego jakości lub uznawali/uznają, że ankyloglosja nie wpływa na sposób wymowy. Są też tacy, którzy – wykrywając ankyloglosję – stwierdzali/stwierdzają, że dziecko ma ankyloglosję, ale nie wpływa ona na ruchomość języka, co zdumiewa, gdyż oznacza – mówiąc metaforycznie – że 2 + 2 = 5. Bywa, że logopedzi używają jeszcze innych objaśnień dla występujących

wad wymowy lub wskazują na niemożliwość podjęcia terapii, kierując do pacjenta opinię: „Kasia tak mówi, bo taka jej uroda” lub „W przypadku osoby dorosłej nie da się prowadzić terapii wad wymowy, bo jest za późno” lub „Dziecko 3-letnie nie musi mówić *r*, więc nie prowadzi się terapii” (przy czym taki komentarz jest sformułowany w odniesieniu do dziecka, które realizuje fonem /r/ np. w postaci głoski bocznej z dysmedialnym układem języka).

^d Słuchowo-wzrokowa ocena wymowy, co oczywiste, ma swoje ograniczenia, jednak w warunkach gabinetowych dostarcza więcej informacji o wymowie pacjenta niż sprowadzenie oceny wymowy do słuchania.

^e O ograniczeniach w taki sposób prowadzonej diagnozy pisały B. Ostapiuk [2002; 2013a; 2013b], Pluta-Wojciechowska [2005; 2019; 2022].

Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy wybranych prac autorów prezentujących tradycyjny i nowy model diagnozy: Kania, 1967; 1968; 1975; 1995; 2001; Antos, Demel, Styczek, 1971; Demel, 1978; Styczek, 1981; Kaczmarek, 1988; Rodak, 1992; Ostapiuk, 1997; 2002; 2013a; 2013b; Sołtys-Chmielowicz, 1997; 1998; 2008; Sambor, 2021; Pluta-Wojciechowska, 2005; 2008a; 2008b; 2011; 2019; Konopska, 2006; 2015; Rocławski, 2010; Czaplewska, 2012; Stasiak, 2015 [por. Emiluta-Roza, 2014; Emiluta-Roza, Lipiec, 2021; Lipiec, Więcek-Poborczyk, 2021].

Wnioski

Przedstawiona w tabeli 1 analiza prowadzi do wniosku, że modele diagnozy – tradycyjny i nowy – to odmienne sposoby wykrywania i interpretowania zaburzeń realizacji fonemów, co wiąże się z założonymi podstawami poznawczymi. Konsekwencją przyjętej bazy poznawczej jest poszukiwanie substytucji, deformacji i elizji w przypadku tradycyjnego modelu diagnozy, a przyjmując schemat diagnozy prowadzonej według nowego paradygmatu – skupienie się na sprawdzeniu, w jaki sposób realizowane są cechy fonemowe w tworzonych przez pacjenta głoskach jako ich realizacjach. Istotna jest też różnica w metodyce badania – w przypadku modelu tradycyjnego to wykorzystanie słuchu (lub preferencja tej metody), co budzi wątpliwości związane z tym, że ucho ludzkie nie jest przygotowane do odróżniania drobnych niuansów brzmieniowych w słyszanych głoskach. Co więcej, łatwość/trudność wykrywania nienormalnych cech fonetycznych za pomocą słuchu wiąże się z rodzajem głoski i jej cechami, np. sposobem wypuszczania powietrza artykulacyjnego.

Konsekwencją opisanego sposobu badania wymowy z użyciem paradygmatu tradycyjnego jest niewystarczająca wiedza o systemie fonetycznym pacjenta, w tym ryzyko niewykrycia wszystkich nienormalnych realizacji fonemów. Nowy model diagnozy – umocowany w innych podstawach poznawczych, a także wykorzystujący do badania wymowy nie tylko słuch, ale również wzrok, dotyk i pewne eksperymenty – umożliwia dokładniejsze badanie realizacji fonemów niż w przypadku diagnozy tradycyjnej. Zwróćmy uwagę, że kolejny etap diagnozy, jakim jest poszukiwanie przyczyn wykrytych w badaniu wymowy nienormalnych cech fonetycznych, wiąże się z analizą cech nienormalnych artykulacji, która ma prowadzić m.in. do wykrycia pewnych tendencji, a także określić relację tworzonej przez pacjenta głoski do realizowanego fonemu, jak również ułatwić wskazanie obszaru/obszarów, w jakich należy poszukiwać przyczyn stwierdzonych zaburzeń.

Zakończenie

Diagnoza jest bazą dla terapii, a więc im dokładniejsza diagnoza, tym lepsze podstawy dla terapii. Przedstawiona analiza upoważnia do wniosku, że w przypadku diagnozy tradycyjnej otrzymujemy inne, uboższe podstawy dla prognozowania, planowania i prowadzenia terapii. Model diagnozy w konwencji tradycyjnej może mieć jednak różne oblicza, co zależy nie tylko od przekazywanej studentowi podczas kształcenia wiedzy, ale również od determinacji logopedy poszukującego nowych metod postępowania z pacjentem z dyslalią. Taki logopeda, zapoznając się z nowym modelem diagnozy, może albo przyjąć go jako nową strategię postępowania, albo – co się zdarza – wprowadzać do tradycyjnego modelu pewne wątki nowej diagnozy, co oznacza „pudrowanie” tradycyjnego sposobu prowadzenia diagnozy.

Przykładem ilustrującym tradycyjny „pudrowany” model diagnozy jest następująca postawa: logopeda dowiadyuje się, że należy badać budowę artykulacyjną głosek przez specjalne zaglądnienie do jamy ustnej, jednak w praktyce sprawdza budowę artykulacyjną jedynie tych głosek, które brzmią w jego uszach nieprawidłowo. Opis różnych sposobów „pudrowania” tradycyjnej koncepcji dyslalii² nie jest przedmiotem niniejszej pracy, w związku z tym ten problem jedynie przywołuję, a nie omawiam w sposób wyczerpujący.

Kształcenie logopedów w Polsce w zakresie dyslalii jest różne. Istotne jest jednak, aby przyszły logopeda poznawał różne modele diagnozy i terapii zaburzeń realizacji fonemów, co umożliwi mu dostęp do wiedzy nie tylko sprzed kilkudziesięciu lat, ale także najnowszej. Taka strategia kształcenia przyczyni się także do rozwijania umiejętności myślenia, analizy, wysnuwania wniosków, porównywania itp. – ważnych cech przyszłego logopedy i stanie się jego narzędziem poznawczym podczas diagnozy i terapii logopedycznej.

Literatura

- Antos D., Demel G., Styczek I., 1971, *Jak usuwać seplenienie i inne wady wymowy*, Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- ASHA – American Speech-Language Hearing Association, b.r., *Evidence-Based Practice (EBP)*, <https://www.asha.org/Research/EBP/Evidence-Based-Practice/> (dostęp: 20.07.2018).
- Bunton K., 2008, *Speech versus Nonspeech: Different Tasks. Different Neural Organization*, „Seminars in Speech and Language”, Vol. 29(4), s. 267–275.
- Czaplewska E., 2012, *Diagnoza zaburzeń artykulacji*, [w:] E. Czaplewska, S. Milewski (red.), *Diagnoza logopedyczna. Podręcznik akademicki*, Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, s. 65–120.

2 Zob. pomysł naprawiania propozycji Józefa Tadeusza Kani, jaki proponują Dorota Lipiec i Izabela Więcek-Poborczyk [2021] oraz Danuta Emiluta-Roza i Dorota Lipiec [2021].

- Demel G., 1978, *Minimum logopedyczne nauczyciela przedszkola*, Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Emiluta-Rozya D., 2014, *Całościowe badanie logopedyczne z materiałem obrazkowym*, Warszawa: Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej.
- Emiluta-Rozya D., Lipiec D., 2021, *Zaburzenia artykulacji – przyczyny, symptomatologia, klasyfikacje*, [w:] A. Domagała, U. Mirecka (red.), *Logopedia przedszkolna i wczesnoszkolna. Rozwój sprawności językowych. Podstawowe problemy logopedyczne*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia, s. 330–363.
- Forrest K., 2002, *Are oral-motor exercises useful in treatment of phonological/articulation disorders?*, „Seminars in Speech and Language”, Vol. 23, s. 15–25.
- Grabias S., 2008, *Postępowanie logopedyczne. Diagnoza, programowanie terapii, terapia*, „Logopedia”, t. 37, s. 13–27.
- Grabias S., 2012, *Teoria zaburzeń mowy. Perspektywy badań, typologie zaburzeń, procedury postępowania logopedycznego*, [w:] S. Grabias, Z.M. Kurkowski (red.), *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, s. 15–72.
- Grabias S., Panasiuk J., Woźniak T., 2015, *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego. Podręcznik akademicki*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Gúthová M., Šebianová D., 2002, *Terapia dyslalie*, [v:] V. Lechta et al. (red.), *Terapia narušenej komunikačnej schopnosti*, Martin: Vydavateľstvo Osveta, s. 119–144.
- Jassem W., 1971, *Podstawy fonetyki akustycznej*, Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Kaczmarek L., 1988, *Nasze dziecko uczy się mowy*, Lublin: Wydawnictwo Lubelskie.
- Kania J.T., 1967, *Dyslalie na tle procesu rozwojowego artykulacji*, „Biuletyn Fonograficzny”, nr 8.
- Kania J.T., 1968, *Klasyfikacja ćwiczeń artykulacyjnych*, „Szkola Specjalna”, z. 3, s. 264–271.
- Kania J.T., 1975, *Fonetyczna i logopedyczna charakterystyka mowy bezdźwięcznej. Wybrane zagadnienia teoretyczne i praktyczne*, [w:] T. Gałkowski (red.), *Wybrane zagadnienia z defektologii III*, Warszawa: Akademia Teologii Katolickiej.
- Kania J.T., 1995, *Podstawy językoznawczej klasyfikacji zaburzeń mowy*, „Język Polski”, nr 55.
- Kania J.T., 2001, *Szkice logopedyczne*, Lublin: Polskie Towarzystwo Logopedyczne.
- Konopska L., 2002, *Jakość wymowy u osób z wadą zgryzu*, „Logopedia”, nr 31, s. 157–198.
- Konopska L., 2006, *Wady wymowy u osób z wadami zgryzu*, Szczecin: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego.
- Konopska L., 2015, *Desonoryzacja w dyslalii. Analiza artykulacyjna, akustyczna i audytywna*, Szczecin: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego.
- Kurcz I., 1976, *Psycholingwistyka*, Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Lipiec D., Więcek-Poborczyk I., 2021, *Nienormatywne dźwiękowe realizacje fonemów języka polskiego u dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym*, [w:] A. Domagała, U. Mirecka (red.), *Logopedia przedszkolna i wczesnoszkolna. Rozwój sprawności językowych. Podstawowe problemy logopedyczne*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia, s. 88–121.
- Lof G., 2003, *Oral motor exercises and treatment outcomes*, „Perspectives on Language, Learning and Education”, Vol. 10(1), s. 7–12.
- Lof G., 2008, *Controversies surrounding nonspeech oral motor exercises for childhood speech disorders*, „Seminars in Speech and Language”, Vol. 29(4), s. 253–255.
- Lof G., 2009, *The nonspeech-oral motor exercise phenomenon in speech pathology practice*, [w:] C. Bower (red.), *Children's speech sound disorders*, Oxford: John Wiley & Sons Inc., s. 181–184.
- Lorenc A., 2016, *Wymowa normatywna polskich samogłosek nosowych i spółgłoski bocznej*, Warszawa: Dom Wydawniczy Elipsa.

- Malicka I., 2019, *Dysfunkcje oddychania i połykania jako przyczyny zaburzeń mowy dzieci w wieku przedszkolnym oraz wczesnoszkolnym*, niepublikowana rozprawa doktorska, Katowice: Uniwersytet Śląski.
- Michalak-Widera, 2007, *Miłe uszom dźwięki. Usprawnianie narządów mowy i ćwiczenia prawidłowego wymawiania głosek*, Katowice: Unikat.
- Michalak-Widera I., 2012, *Terapia dyslalii*, [w:] A. Podstolec, K. Węsierska (red.), *W świecie logopedii. Materiały dydaktyczne*, Katowice: Wydawnictwo Agencja Artystyczna PARA, s. 137–150.
- Ostapiuk B., 1997, *Zaburzenia dźwiękowej realizacji fonemów języka polskiego – propozycja terminów i klasyfikacji*, „Audiofonologia”, t. 10, s. 117–136.
- Ostapiuk B., 2002, *Dziecięca artykulacja czy wada wymowy – między fizjologią a patologią*, „Logopedia”, t. 31, s. 95–156.
- Ostapiuk B., 2013a, *Dyslalia. O badaniu jakości wymowy w logopedii*, Szczecin: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego.
- Ostapiuk B., 2013b, *Dyslalia ankyloglosyjna. O krótkim wędzidełku języka, wadliwej wymowie i skuteczności terapii*, Szczecin: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego.
- Pluta-Wojciechowska D., 2005, *Lowely, jody i safy*, czyli o tzw. substytucjach i deformacjach, „Śląskie Wiadomości Logopedyczne”, nr 8, s. 26–29.
- Pluta-Wojciechowska D., 2008a, *Zaburzenia mowy u dzieci z rozszczepem podniebienia. Badania – teoria – praktyka*, Bytom: Wydawnictwo Ergo-Sum.
- Pluta-Wojciechowska D., 2008b, *Standard postępowania logopedycznego w przypadku osób z rozszczepem wargi i podniebienia*, „Logopedia”, t. 37, s. 175–205.
- Pluta-Wojciechowska D., 2010, *Podstawy patofonetyki mowy rozszczepowej. Dyslokacje*, Bytom: Wydawnictwo Ergo-Sum.
- Pluta-Wojciechowska D., 2011, *Mowa dzieci z rozszczepem wargi i podniebienia*, Kraków: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego.
- Pluta-Wojciechowska, 2019, *Efektywność terapii dyslalii. Logopedyczno-lingwistyczna analiza wyników badań*, Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Pluta-Wojciechowska D., 2020a, *Terapia strategiczna dyslalii obwodowej. Inspiracje do ćwiczeń warg i języka dla dzieci oraz dorosłych*, Bytom: Wydawnictwo Ergo-Sum.
- Pluta-Wojciechowska D., 2020b, *Terapia tradycyjna a terapia strategiczna dyslalii obwodowej*, „Logopedia”, t. 49(1), s. 47–66.
- Pluta-Wojciechowska D., 2022, *Tzw. splenienie boczne. O objawie i mechanizmie zaburzeń*, „Logopedia”, t. 51(1), s. 205–224.
- Pluta-Wojciechowska D., 2023, *Dlaczego o dyslalii trzeba dziś mówić inaczej? O trzech ujęciach dyslalii w polskiej logopedii*, „Logopedia”, t. 52(1), s. 177–206.
- Pluta-Wojciechowska D., Sambor B., 2018, *O popularnych, lecz dyskusyjnych ćwiczeniach języka w przypadku obwodowych zaburzeń artykulacji*, „Logopedia”, t. 47(1), s. 265–278.
- 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”, No. 52, s. 1–22.
- Rocławski B., 2010, *Podstawy wiedzy o języku polskim dla glottodydaktyków, pedagogów, psychologów i logopedów*, Gdańsk: Wydawnictwo Glottispol.
- Rodak H., 1992, *Terapia dziecka z wadą wymowy*, Warszawa: Wydawnictwo Polskiej Fundacji Zaburzeń Mowy.
- Sambor B., 2021, *Wymowa młodych aktorów. Analiza wyników badań realizacji fonemów spółgłoskowych*, Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Sołtys-Chmielowicz A., 1997, *Klasyfikacje dyslalii*, „Audiofonologia”, t. X, s. 111–116.

- Sołtys-Chmielowicz A., 1998, *Wymowa dzieci przedszkolnych*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Sołtys-Chmielowicz A., 2008, *Zaburzenia artykulacji. Teoria i praktyka*, Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Stasiak J., 2015, *Postępowanie logopedyczne w przypadku dyslalii*, [w:] S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak (red.), *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego. Podręcznik akademicki*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, s. 227–236.
- Stecewicz M., Halczy-Kowalik L. (2015), *Postępowanie logopedyczne u osób po wycięciu nowotworu jamy ustnej*, [w:] S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak (red.), *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, s. 687–725.
- Styczek I., 1981, *Logopedia*, Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Trzaskalik J., 2016, *Seplenienie boczne w polskiej literaturze logopedycznej. Rozważania teoretyczne*, „Forum Logopedyczne”, nr 24, s. 33–46.
- Trzaskalik J., 2017, *Terminologiczne dyskusje wokół sygmatyzmu i jego rodzajów – na przykładzie sygmatyzmu lateralnego*, [w:] D. Pluta-Wojciechowska, B. Sambor (red.), *Współczesne tendencje w diagnostyce i terapii logopedycznej*, Gdańsk: Grupa Wydawnicza Harmonia Universalis, s. 137–153.
- Van Riper Ch., Irwin J.V., 1970, *Artikulationsstörungen. Diagnose und Behandlung*, Berlin–Charlottenburg: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung.