

BARBARA OSTAPIUK, prof. em.

Uniwersytet Szczeciński

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-2055-7271>

O wielogłosie w sprawie krótkiego wędzidełka języka*

On Many Opinions Concerning the Short Frenulum of the Tongue

*Popelnić błąd to jeszcze nie tragedia.
Tragedią jest upieranie się przy tym błędzie.*
François de La Rochefoucauld

STRESZCZENIE

W opracowaniu omawiam krótkie wędzidełko języka jako wielodyscyplinarny problem badawczy oraz zmiany w podejściu do leczenia ankyloglosji w praktyce. Odnoszę się do wybranych zagadnień diagnostyczno-terapeutycznych związanych z następstwami ankyloglosji (także w aspekcie profilaktyki), zwłaszcza tymi, które stanowią przedmiot między- i wewnątrzdiscyplinarnych sporów między specjalistami. Uwagę skupiam na przedstawieniu różnic, które dotyczą podejścia do oceny jakości wymowy w odniesieniu do ankyloglosyjnej dysfunkcji języka, w nich upatrując główne źródło nieporozumień między specjalistami w ocenie wskazań do chirurgicznego leczenia ankyloglosji (*frenotomia, frenectomia* języka).

Słowa kluczowe: krótkie wędzidełko języka, ankyloglosja, frenotomia języka, ankyloglosyjna dysfunkcja języka, wada wymowy, wadliwa wymowa, dyslalia ankyloglosyjna, profilaktyka

SUMMARY

In the paper, I discuss the short frenulum of the tongue as a multidisciplinary research problem and changes in the approach to the treatment of ankyloglossia in practice. I refer to selected diagnostic and therapeutic issues related to the consequences of ankyloglossia (also in terms of preven-

* W artykule wykorzystuję swoje wcześniejsze publikacje. Wszystkie podkreślenia (w tekście, w cytatach) – jeśli nie zaznaczono inaczej – B.O.

tion), especially those that are the subject of inter- and intradisciplinary disputes between specialists. Attention is focused on the presentation of the differences in the approach to assessing the quality of pronunciation in relation to ankyloglossic dysfunction of the tongue, seeing them as the main source of misunderstandings between specialists in the assessment of indications for the surgical treatment of ankyloglossia (frenotomy, frenectomy of the tongue).

Key words: short frenulum of the tongue, ankyloglossia, tongue frenotomy, tongue-tie dysfunction, speech defect, defective pronunciation, ankyloglossic dyslalia, prevention

WPROWADZENIE

Od kilku lat obserwujemy gwałtowny (niemal wykładniczy) wzrost zainteresowania i samym wędzidełkiem¹ języka (łac. *frenulum linguae*²), i problemami z nim związanymi (między innymi ankyloglosją, skutkami ankyloglosyjnej dysfunkcji języka, sposobami diagnostycznego i naprawczego postępowania) wśród specjalistów (logopedów, lekarzy, położnych, fizjoterapeutów). Można powiedzieć, że w tej sprawie na wielu polach i w wielu rodzajach aktywności doszło wręcz do wielodyscyplinarnego „pospolitego ruszenia”. O krótkim wędzidełku języka nie wypada nie wiedzieć, nie wypada nie mówić. Mówi się zatem – dużo, głośno, niejednomyślnie³. W medialnej przestrzeni toczy się wielogłosowy spór praktyków „o wszystko” w sprawie wędzidełka, a szukający pomocy zdezorientowani pacjenci (nadal) pytają: „Co robić, jeśli logopeda mówi, że wędzidełko do podcięcia, a poleceni przez logopedę laryngolog i dentysta (mający uprawnienia do zabiegów związanych z wędzidełkiem) zgodnie twierdzą, że wędzidełko jest Ok?” [Instagram].

W przedinternetowym XX wieku w Polsce i na świecie wędzidełko języka (łac. *frenulum linguae*) nie było przedmiotem szczególnego zainteresowania ani w piśmiennictwie specjalistycznym (medycznym, logopedycznym), ani

¹ W *Wielkim słowniku języka polskiego PAN*, który „ma na celu przede wszystkim zanotowanie i opisanie tego, jak się języka polskiego rzeczywiście używa” (nie jest słownikiem normatywnym) (*Wielki słownik...*, 2023, 71) hasło „wędzidło” definiowane jest jako: 1. ‘coś, co ogranicza swobodę zachowania lub działania’, 2. ‘krótki, metalowy pręt przy uździe, zakładany koniowi do pyska, umożliwiający skuteczniejsze kierowanie zwierzęciem’, a hasło „wędzidełko” jako: 1. ‘małe wędzidło – pręt przy uździe’, 2. ‘anat. wąska, elastyczna tkanka stanowiąca połączenie dwóch narządów, ograniczająca ich ruchomość’.

² Łacińskie *frenulum* funkcjonuje w terminologii medycznej wielu języków (m.in. w angielskim: *frenulum of the tongue*; włoskim: *frenulo della lingua*; hiszpańskim: *frenillo de la lengua*; indonezyjskim: *frenulum lidah*). Oprócz tego sięga się do innych słów, które nawiązują do znaczeń łacińskich słów *freno* (*opanować, ująć w rzy, powściągnąć, poskromić*), *frenum* (*wędzidło, uzda, lejce*), *frenulum* (*wędzidło*) [*Elektroniczny Słownik Łaciny Średniowiecznej w Polsce*, w: <https://ellexicon.scripores.pl/pl/#>], na przykład: jęz. niem. *Zungen* (‘język’) *bändchen* (‘wstążka’); jęz. rosyjski: *уздечка* (‘uzda’) *языка*; jęz. francuski: *frein* (‘hamulec’) *de la langue*.

³ Nierzadko wyważa się otwarte drzwi, czasem z przekonaniem, że się wie „więcej i lepiej” (efekt Krugera-Dunninga?).

w praktyce. W opisach budowy i „niewiarygodnej ruchomości” języka⁴ (Lippert 1998, 726; Bochenek, Reicher 1955, 102–104) wędzidełko jest wyszczególniane jako „fałd błony śluzowej” „na dolnej powierzchni języka w linii pośrodkowej”, który „przyczepia się na dnie jamy ustnej między obu brodawkami podjęzykowymi” (Bochenek, Reicher 1955, 102–104). O jego funkcji pisano niewiele, przyjmując że „ogranicza nadmierny ruch końca języka ku tyłowi” (*Polski słownik medyczny* 1981, 1278) lub że „jego rola nie jest znana i podręczniki fizjologii zagadnieniem tym się nie zajmują” (Zaleski 1994, 88).

O krótkim wędzidełku języka, a zwłaszcza o jego wpływie na ograniczenie ruchomości języka (łac. *ankyloglossia*) i frenotomii języka, pisano rzadko, zdawkowo (jedno, dwa, kilkanaście zdań). W ówczesnych opiniach polskich pediatrów, stomatologów, ortodontów, foniatorów, logopedów dominowała dezaprobata wobec chirurgicznego leczenia ankyloglosji (przecięcie wędzidełka, łac. *frenotomia*⁵, wycięcie wędzidełka, łac. *frenectomy*) zbudowana na nieudokumentowanych, nieuzasadnionych, wewnętrznie niespójnych przekonaniach.

Pisano wówczas, że:

- „wędzidełko języka nie ma **żadnego** wpływu na ruchomość języka, a tym samym i na artykulację” (Zaleski 1994, 88; Zaleski 1992, 69);
- nie jest przyczyną wady wymowy lub że „rzadko”, „niekiedy”, „czasami” może utrudniać tworzenie niektórych głosek (jeden wymieniają „wyłącznie” lub „szczególnie” [r], inni [sz, ż, cz, dż, r], [s] lub głoski szczelinowe przedniojęzykowe) (Zaleski 1994, 88; Zaleski 1992, 69; Styczek 1979, 339; Mitrinowicz-Modrzejewska 1968, 243; Jastrzębowska 1999; Pruszewicz 1992a, 244; Żurowski 1993, 146);
- łatwo rozciąga się w ćwiczeniach, „w miarę ćwiczeń [...] rozciąga się i przystosowuje do nowej sytuacji” (Mackiewicz 1992b, 146; Mitrinowicz-Modrzejewska 1963, 234; Stecko 1991, 20; Zaleski 1994, 88; Skorek 2001, 56) oraz – w tym

⁴ „Niewiarygodna ruchomość” języka wynika z jego budowy: „Włókna mięśni wewnętrznych [...] układają się w nim w trzech głównych kierunkach: od przodu ku tyłowi, od brzegu do środka i od góry ku dołowi”, a „własna ruchomość języka jest uzupełniona mięśniami [zewnątrznymi], które wnikają do języka od przodu (od żuchwy), od tyłu i z dołu (od kości gnykowej) oraz od tyłu i góry (od podstawy czaszki)” (Lippert 1998, 726).

⁵ Wielojęzyczny słownik lekarski *Lexicon medicum* podaje nazwy chirurgicznych zabiegów na wędzidełku w sześciu językach. Łacińskie określenie *frenotomia* tłumaczone jest następująco: pol. *przecięcie wędzidelka*; ang. *frenotomy*; niem. *Frenotomie, Frenulotomie, Durchtrennung, des Zungenbändchens*; fr. *section du frein*; ros. *пазpez yздeчкy*; a łac. *frenectomy*: pol. *wycięcie wędzidelka*; ang. *frenectomy*; niem. *Frenektomie, Exzision des Zungenbändchens*; fr. *réséctiondufrein*; ros. *yдaлeнueыздeчкy* (*Lexicon medicum* 1971, 391). W literaturze spotykamy też inne określenia: „podcięcie (*frenulotomie*) lub wycięcia (*frenulektomie*), [...] podcięcie zbyt krótkiego wędzidla języka” (Łazarkiewicz 1983, 65; *Chirurgia szczękowo-twarzowa...*1993), „przecięcie zbyt krótkiego wędzidelka języka” (Łazarkiewicz 1983, 67; zob. też Żurowski 1993), „nacięcie wędzidelka języka” (*Otorinolaryngologia praktyczna* 1996, 112).

- sam tekście (sic!): że „Rozciąganie fałdu podjęzykowego nie jest sprawą ani łatwą, ani szybką”⁶ (Skorek 2001, 58);
- „zabieg jest bezcelowy i nie ułatwia rozwoju mowy” (Zaleski 1994, 88), że „operacja taka nie tylko nie przynosi korzyści, ale jest wręcz szkodliwa” (Bardadin 1960, 3), „jest błędem sztuki lekarskiej” (Mitrinowicz-Modrzejewska 1968, 243; 1963, 234);
 - „nie jest wskazane podcinanie wędzidełka u niemowlęcia” (Zaleski 1992, 69);
 - zabieg „niesie [...] za sobą niebezpieczeństwo zbliznowacenia i następne ograniczenie ruchomości” (Zaleski 1994, 88), a „nowo powstała blizna jeszcze bardziej się skraca” (Styczek 1979, 339), ale także, że zabieg – uznany za „bezcelowy” – „należy wykonać”, choć... „tylko wówczas, gdy roczna seria ćwiczeń logopedycznych nie spowoduje poprawy artykulacji (Zaleski 1994, 88).

Na świecie o ankyloglosji i frenotomii języka (z perspektywy laryngologii, pediatrii, neonatologii, chirurgii, stomatologii, protetyki, ortodoncji, terapii mowy) wypowiedziano się nieco częściej – równie zdawkowo i wewnętrznie niespójnie, z niechęcią do frenotomii języka zbudowaną na równie wątych przesłankach (szerzej omawiam w: Ostapiuk 2000, 2013). Odmienne podejście do ankyloglosji i frenotomii języka należało do rzadkich. W 1955 roku w „Lancecie” opublikowano artykuł *Congenitally short frenula of upper lip and tongue*, w którym lekarz broniący tradycji przecinania krótkiego wędzidełka istniejący stan rzeczy kwituje z ironią:

in order to discourage this barbarous practice some have said that tongue-tie requires no operation because it does not exist (pol.: niektórzy, aby zniechęcić do tej barbarzyńskiej praktyki, zaczęli mówić, że krótkie wędzidełko języka nie wymaga operacji, ponieważ nie istnieje) (Oldfield 1955, 530)⁷.

Podobne nuty odnajdujemy w artykule *An old wives' tale (Opowieści starszych bab)* lekarza J.M. Culluma, opublikowanym w 1959 roku w „British Medical Journal” (obecnie „The BMJ”). Autor opisuje swoją drogę od „przedrefleksyjnego” do „świadomego, umotywowanego, celowego” postępowania w kwestii wędzidełka:

⁶ A dalej, że „Rozciąganie [...] wymaga częstych, systematycznych, nierzadko długotrwałych ćwiczeń”, że „niektórym dzieciom na osiągnięcie celu wystarczy miesiąc, innym pół roku, a jeszcze innym potrzeba roku”, aż w końcu, że „są również i takie, dla których cel ten jest nieosiągalny – nawet intensywne i długotrwałe ćwiczenia nie są skuteczne” (Skorek 2001, 58).

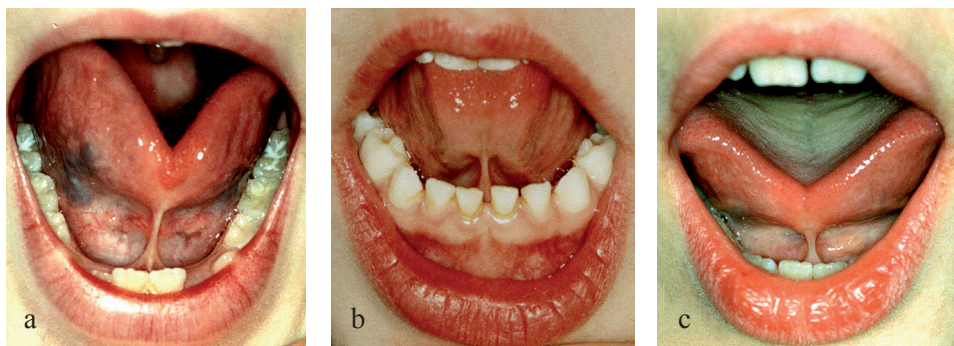
⁷ Kilka lat później w tym samym piśmie Antony F. Wallace pisał, że „przyrośnięcie języka zanika samoistnie pod wpływem zwiększenia ruchliwości języka przy rozwoju mowy” (Wallace 1963, 377) i w związku z tym „przypadki trwałego przyrośnięcia języka u zdrowych, inteligentnych dzieci w wieku powyżej czterech lat” uważa za bardzo rzadkie. Sugeruje również, że „jeżeli powyżej czwartego roku życia język nadal jest przyrośnięty, należy przeprowadzić dokładne badanie, aby wykluczyć ewentualność porażenia, ograniczającego ruchliwość i koordynację ruchów języka. Może się zdarzyć, że porażenie opuszkowe sprawiające, że dziecko nie może podnosić języka, zostanie błędnie zdiagnozowane jako stan przyrośnięcia języka”.

Każdy pediatra w swojej codziennej pracy styka się z przypadkami dzieci, u których stwierdzono przyrośnięcie języka. Będąc jeszcze młodym i niedoświadczonym lekarzem w szpitalu, nacinałem wędzidełka języka u niektórych z tych dzieci; podobnie robili inni młodzi lekarza, nie zastanawiając się specjalnie nad tym problemem. Później nauczyłem się więcej o pediatrii, korzystając między innymi ze wspomnianego podręcznika [wcześniej autor go charakteryzuje jako standardowy angielski podręcznik chorób dziecięcych, w którym w odniesieniu do wędzidełka języka używa się sformułowania „sędziwy mit” – B.O.]. Przekonano mnie, że stan przyrośnięcia języka nie istnieje, nawet jeżeli biedne dziecko w ogóle nie jest w stanie wysunąć języka... Nieco później zetknąłem się z dwojgiem dzieci z przyrośniętym językiem, u których prosty zabieg nacięcia przyniósł tak wyraźne korzyści, że postanowiłem ten problem zbadać dokładniej. Judyta miała 4 miesiące, gdy widziałem ją po raz pierwszy. Została skierowana na badania, ponieważ ciągle się śliniła, a gdy piła z butelki, mleko spływało jej po brodzie, dziewczynka płakała podczas całego karmienia. Matka powiedziała, że jej dziecko nie umiało prawidłowo ssać. Zwykle karmienie trwało godzinę i dziecko nigdy nie kończyło swojej butelki. Próby karmienia łyżeczką wcale nie dawały lepszych rezultatów. Ponieważ dziecko wyglądało zdrowo, wydawało mi się, że opowieść matki jest niewiarygodna. Po zbadaniu stwierdziłem jednak, że wędzidełko istotnie było za krótkie, a dziecko miało poważne problemy ze ssaniem. Dziecko zostało przyjęte do szpitala na obserwację. Sądziłem, że doświadczona pielęgniarka podważy opinię matki. Dwa dni później pielęgniarka potwierdziła obserwacje matki, stwierdzając, że matka włożyła mnóstwo wysiłku w to, aby dziecko jadło odpowiednie porcje. Zwróciłem się do doktora S.W. Allisona, który zgodził się przeprowadzić zabieg nacięcia wędzidełka [...]. Rezultat tego niewielkiego zabiegu był niesłychany. Już po dwóch godzinach dziecko sprawnie ssało, a dwa dni później lepiej jadło z łyżeczki. Po początkowej utracie wagi dziewczynka przytyła 170 g w ciągu swojego 2-dniowego pobytu w szpitalu. Później również rozwijała się prawidłowo. Wkrótce potem znowu zetknąłem się z podobnym przypadkiem. I tym razem zabieg dał znakomite efekty (Cullum 1959, 497)⁸.

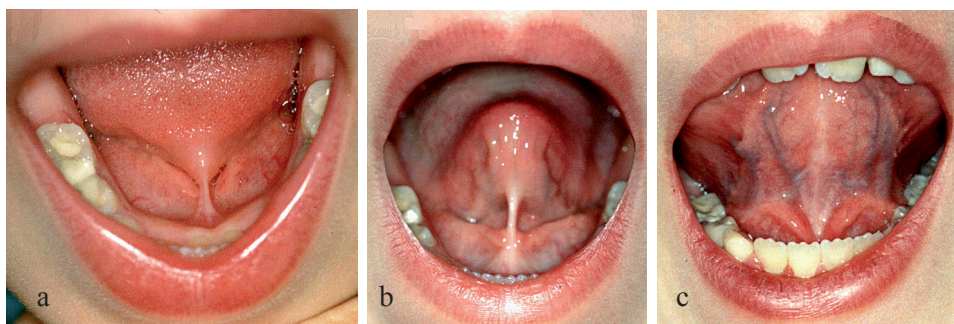
Historię zmiennych postaw medyków wobec diagnostycznego i leczniczego postępowania w przypadkach krótkiego wędzidełka języka przedstawiają Tomasz Sioda i Viginia Thorley w artykule *Tongue-tie in newborns – a history of changing medical attitudes* w niniejszym tomie „Logopedii”.

Patrząc na przykłady krótkiego wędzidełka języka (ryciny 1, 2) oraz efekty frenotomii języka (rycina 2), można się dziwić, dlaczego podważanie istnienia „problemu krótkiego wędzidełka języka” i „zasadności frenotomii języka” tak rzadko w przeszłości kwestionowano czy poddawano krytyce, dlaczego *dicta* medyków o krótkim wędzidełku, tak bardzo sprzeczne z tym, co widać gołym okiem, uznawano za przekonujące, dlaczego głosy zwolenników wielowiekowej tradycji były ignorowane. Dlaczego lekarze (foniatry) zdecydo-

⁸ Cullum przywołuje także historyczne źródła medyczne. Między innymi cytuje Williama Mossa, który w 1794 roku w *Nursing and diseases of children* (Wychowanie, pielęgnowanie i choroby dzieci) pisał: Ewentualne przyrośnięcie języka ma wpływ nie tylko na ssanie, ale także na późniejsze zaburzenia mowy. Doktor Young z Edynburga wynalazł instrument, służący do przeprowadzania takich zabiegów. Daje on znakomite rezultaty (za: Cullum 1959, 97–498).



Rycina 1. Przykłady ankyloglosji
Fot. Zbigniew Wróblewski. Ze zbiorów B. Ostapiuk, 1995.



Rycina 2. Ankyloglosja (a) i efekty po pierwszej (b) i drugiej (c) frenotomii języka
Fot. Zbigniew Wróblewski. Ze zbiorów B. Ostapiuk, 1995.

wali się uznać, że „skrócenie wędzidełka (*ankyloglossia*) może być przyczyną wadliwej artykulacji głoski *r* i jest to jedyne racjonalne wskazanie do jego przecięcia”⁹ (Pruszewicz 1992a, 244). Jak doszło do tak śmiałego wyklu-

⁹ Przytoczony cytat pochodzi z książki *Foniatria kliniczna*. W niej, w rozdziale *Zaburzenia artykulacji* znajdujemy – chyba pierwsze w polskim piśmiennictwie – dwie fotografie języka z krótkim wędzidełkiem. Opisane są następująco: *Ankyloglossia: z lewej – widok wędzidełka, z prawej – ograniczenie ruchów języka powodujące zaburzenia w artykulacji, szczególnie spółgłosek r i l* (ze zbiorów *Kliniki Foniatrii i Audiologii AM w Poznaniu*) (Pruszewicz 1992a, 243). Prawa fotografia obrazująca uniesienie języka, w niefortunnym opisie jest odniesiona do głosek w ogóle („szczególnie spółgłosek *r* i *l*”) (s. 243), w tekście zaś mówi się tylko o jednej z nich: skrócenie wędzidełka języka „może być przyczyną wadliwej artykulacji głoski *r*”, dodając: „jest to jedyne racjonalne wskazanie do jego przecięcia” (s. 244). Ewa Małgorzata Skorek jedną z tych fotografii wykorzystała (podając źródło) w swej książce *Oblicza wad wymowy* do omówienia stosowanego w praktyce „prostego sposobu” ustalania, czy „wędzidełko jest zbyt krótkie”: *czubek języka przy próbie wyciągnięcia na zewnątrz jamy ustnej ma kształt sercowaty (zamiast owalu)*. Stwierdza nawet, że „im większe wcięcie znajduje się pośrodku czubka języka, tym bardziej skrócone jest wędzidełko” (Skorek 2001, 56), nie podając jednak, jak i na jakiej podstawie taką pro-

czenia wpływu krótkiego wędzidelka na pracę języka w tworzeniu **innych głosek**? Czy był to skutek skłonności do niekompetentnego (nieostrożnego) wchodzenia w cudze kompetencje czy tylko niedocenienie złożoności problemu? Nie trzeba być specjalistą fonetykiem, by dostrzec, że zasób fonemów narażonych na wyraźnie widoczną wadliwą mechanikę języka w artykulacji wykracza poza najtrudniejszy w języku polskim przedniojęzykowo-dziąsłowy drżący fonem /r/. Tak przynajmniej wynika z odpowiedzi przedszkolaków, którym – dążąc do zbudowania ich świadomości w kwestii wpływu krótkiego wędzidelka na wymowę – zadawałam pytania typu: *Jak myślisz, czy ta „niteczka” pod językiem może przeszkadzać w mówieniu głoski [m]? głoski [r]? głoski [i]? głoski [l]? itd.* Ich rzeczowe odpowiedzi: „tak” ([r, l]), „nie” ([m]), „nie wiem” ([i]) były, biorąc pod uwagę ich kompetencje, zaskakująco trafne.

Dlaczego wcześniej (ani w logopedii, ani w medycynie) tak długo nie dostrzegano, że krótkie wędzidelko języka jest złożonym, wielowątkowym, wielodyscyplinarnym problemem badawczym? Dlaczego logopedzi wcześniej nie kwestionowali apriorycznych sądów medyków o wędzidelku języka? Dlaczego ich opinie o krótkim wędzidelku i wymowie uznawali za wiarygodne, niepodlegające dyskusji? Między innymi zapewne dlatego, że w logopedii, wówczas młodej, dopiero rozwijającej się dziedzinie wiedzy, „część jej zastanawiano się nad społecznymi skutkami zaburzeń mowy i szukano praktycznych sposobów ich usuwania, **rzadziej zaś wyjaśniano przyczyny i opisywano** ujawniające się w mowie i w języku **mechanizmy zachodzenia tych zaburzeń**” (Grabias 1991, 29)¹⁰, a w sprawie przyczyn zaburzeń mowy, zwłaszcza w zakresie dyslalii, polegano na ustaleniach medyków. Medycy zajmowali się przyczynami wadliwej wymowy, gdy logopedii jeszcze nie było, więc ich opinie – siłą rzeczy – uznawano w logopedii za wiarygodne. Niekiedy nawet *expressis verbis* stwierdzano, że zaburzenia wymowy (zwłaszcza pochodzenia obwodowego) są już dobrze poznane¹¹, niepowodzenia w terapii dyslalii wiążąc wyłącznie z „winą pacjen-

porcję ustaliła. Z późniejszych badań wynika, że ten sposób – uznany za prosty – zawodzi: brak serduszka na czubku języka nie wyklucza (nawet znacznej) ankyloglosji. W praktyce nadal bywa jednak stosowany, prowadząc do nieporozumień. Znam przypadek dziecka z dyslalią ankyloglosyjną, u którego lekarz laryngolog w ten sposób oceniał wędzidelko i, wykluczwszy ankyloglosję, odmówił skierowania na frenotomię języka. Matka, zdecydowana na zabieg, ośmieliła się zasugerować, by lekarz zajrzał pod język. Lekarz, nie wyjaśniając, czym się kieruje, skwitował krótko: „wiem, jak się bada”. Matka, która tego „prostego sposobu” nie знаła, była zdziwiona, że nie wszyscy wiedzą, gdzie jest wędzidelko. Zabieg został wykonany w prywatnym gabinecie.

¹⁰ Historia poszukiwania odpowiedzi na pytania o przyczyny zaburzonych mechanizmów mowy i rodzaj działań, które prowadzą do ich naprawy wiąże się z wieloma dyscyplinami wiedzy: z medycyną, pedagogiką, psychologią, językoznawstwem. Z każdej z nich czerpała wyodrębniona w latach sześćdziesiątych XX wieku logopedia.

¹¹ Na przykład: „Diagnozy pierwszego stopnia pewności są formułowane w oparciu o dobrze zdefiniowane jednostki diagnostyczne, o **znanej patogenezie** (np. dyslalia)” (Błachnio 1989, 48);

ta” (kwitowaną tradycyjną formułą: „za mało ćwiczysz”¹²). Trudno się dziwić, że w logopedii nawet nie próbowano dociekać, dlaczego medycy krótkie wędzidełko języka postawili poza podejrzeniami.

Irena Styczek w 1970 roku w książce *Zarys logopedii* (i jej drugiej, poszerzonej wersji, wydanej w 1979 roku pt. *Logopedia*) – pierwszym, przez długie lata jedynym, polskim podręczniku poświęconym problematyce logopedycznej – pisała:

Krótkie wędzidełko języka (ankyloglosja) **rzadko** jest przyczyną wady wymowy, **aczkolwiek niekiedy może** ono utrudniać artykulacje spółgłosek r, ś, ż, ć, ź. Podcinanie wędzidełka jest **na ogół** bezcelowe, gdyż nowo powstała blizna jeszcze bardziej je skraca; natomiast ćwiczenia wymowy dają w tych wypadkach **najczęściej** dobre wyniki (Styczek 1970, 1979, 339).

Wyjątkowe nagromadzenie tylu kwantyfikatorów w tak krótkim tekście, obejmującym wiele aspektów ankyloglosji, jest być może wyrazem wątpliwości Autorki wobec ówczesnych opinii, rodzajem uniku przed zajęciem stanowiska w sprawie, którą sama – nie wprost – gotowa jest zaliczać do zagadnień jeszcze niedostatecznie poznanych¹³.

Na marginesie warto przypomnieć wcześniejsze podejścia medyków do krótkiego wędzidełka. Korzenie niechęci do leczenia ankyloglosji w drugiej połowie XX wieku znajdujemy w książce *Szkic nauki o mowie i jej zboczeniach (niemota, belkotanie, mowa nosowa, jąkanie itd.) oraz higiena mowy* wydanej

„zastosowanie podstawowych metod lingwistycznych w oparciu o przesłanki psychologii pedagogicznej zasadniczo prowadzi w krótkim czasie do usunięcia zaburzeń mowy” (Błachnio 1989, 77).

¹² W poradnictwie logopedycznym nadal się zdarza wpajanie pacjentom przekonania, że efekty terapii zależą głównie od nich samych (ich wytrwałości, zaangażowania, determinacji). Głos matki pacjenta uczestniczącej w dyskusji o wskazaniach do przecięcia wędzidełka w jednym z postów na Facebooku w publicznej grupie *LOGOPEDIA – terapia zaburzeń mowy* dowodzi, że wzięła to przekonanie za dobrą monetę: *Ja piszę jako mama, nie znawca logopedii, mój syn ma bardzo krótkie wędzidełko, język serduszkowy, nie umiał powiedzieć nawet l, ale od października ćwiczy l i już język podnosi, i mówi głoskę l bez podcinania, może się rozciągnie, wiadomo, to mozolna i długotrwała praca.* Źródło: 15 listopada 2017, <https://www.facebook.com/groups/166881013364853/permalink/1657835474269392>

¹³ We wstępnej nocie *Od Autora do Logopedii* Irena Styczek komentuje zawartość książki w odniesieniu do ówczesnego stanu wiedzy: „Nie wszystkie zagadnienia z dziedziny patologii mowy zostały omówione w sposób wyczerpujący, nie wszystkie też są dotychczas dostatecznie poznane i opracowane. Logopedia jest bowiem dziedziną z pogranicza różnych dyscyplin naukowych, przede wszystkim językoznawstwa, psychologii mowy, neurologii i foniatryi. Z tych różnych dziedzin podane zostały tylko te wiadomości, które są niezbędne dla logopedy, i to stanowi główną przyczynę nadmiernych uproszczeń i skrótów tekstu” (s. 5–6).

w 1905 roku, w której lekarz Władysław Ołtuszewski (1855–1922), uważany za prekursora polskiej logopedii, pisał:

[...] rozpowszechnione wśród ogółu błędne poglądy, że bełkotanie zależy od zbyt krótkiego wędzidelka języka lub jego przyrośnięcia, co jakoby łatwo usunąć za pomocą podcięcia, wyrządza niepowetowane szkody dla rozwoju umysłowego dzieci, przyczyniając się do tego, że tego rodzaju hotentoci błakają się między ludźmi do okresu przedszkolnego, a często nawet i później, dzięki tylko niedbalstwu lub nieznamomości rzeczy rodziców i otoczenia (Ołtuszewski 1905, 310–311).

Sto lat wcześniej o ankyloglosji w zupełnie innym duchu, z innej perspektywy pisał lekarz Jakub Szymkiewicz (1775–1818), autor pierwszego podręcznika pediatrii *Nauka o chorobach dzieci*, wydanego w 1810 roku. Objął ją wprost jako „nieruchawość ięzyka (*ancyloglossum*¹⁴)”, która pochodzi „z krótkości wędzidelka ięzykowego lub nienaturalnych więzów” (Szymkiewicz 1810, 381–383, cyt. za: Sioda, 2007, 53). Szymkiewicz omówił również badanie „nieruchawości ięzyka” w odniesieniu do czynności ssania, podając, że: „Pierwsze formowanie się ięzyka wadliwe” jest „przyczyną najbliższą” ankyloglosji (ibidem). O kwestii wymowy wprawdzie nie pisał, ale chirurgiczne usunięcie „nieruchawości ięzyka” uważał za oczywistość, gdyż: „dla przeszkody w ssaniu może być śmiertelną, jeżeli się operacja nie zrobi” (ibidem)¹⁵. Opisał także:

Leczenie. Koniec wędzidelka, nożycami wygiętymi ku powierzchni, mającemi końce tępe, by w czasie operacyi nie ranić arterii podjęzykowej (ranina) nieco przeciąć należy: więzy zaś nienaturalne po bokach znajdujące się zupełnie porozcinać. Oczyszcza się ze krwi gęba wodą z octem, i leczy się bez dalszej pomocy sztuki (Szymkiewicz 1810, cyt. za: Sioda 2007, 53),

wpisując się tym samym w tradycję przecinania krótkiego wędzidelka języka, które – jak podają źródłowe materiały – wykonywano co najmniej od trzech

¹⁴ W wielu opracowaniach (także anglojęzycznych) poświęconych ankyloglosji podaje się, że „Pojęcia ankyloglosji użył po raz pierwszy Wallace w 1963 r.” (Berezowska-Kukielka, Czuryżkiewicz-Cyrana, Dembowska, *Ankyloglosja i jej wpływ na zaburzenia narządu żucia* 2018, 34).

¹⁵ Japońscy badacze (Mukai et al. 1991) opisali inny mechanizm, prowadzący do najpoważniejszego następstwa ankyloglosji. Ustalili oni, że przyrośnięciu języka towarzyszy nieprawidłowe położenie krtani i odchylenie nagłośni, co może skutkować zaburzeniami oddychania u noworodków i niemowląt, zbliżonych do objawów występujących u dzieci zmarłych w przebiegu zespołu nagłej śmierci niemowląt (SIDS). „U normalnych noworodków nagłośnia i krtan ustawione są pionowo w kierunku części nosowej gardła. Podczas ssania nagłośnia i krtan łączą się, dzięki czemu dzieci mogą oddychać przy ssaniu. Chrząstki nalewkowe u normalnych dzieci przesunięte są do przodu w porównaniu z takimi chrząstkami u dorosłych, a ruchy stawów pierścienno-nalewkowych są głównie ruchami poziomymi. Tymczasem u naszych pacjentów zaobserwowaliśmy także ruchy pionowe, powodujące częściowe przysłanianie fałdów głosowych podczas wydawania dźwięków” (Mukai et al. 1991, s. 14–15).

tysięcy lat (m.in. za pomocą paznokcia¹⁶) (Sioda 2007, 2010, 2012; Catlin, de Haan 1971; Ostapiuk 2000, 2013).

Na przełomie XX i XXI wieku, gdy przedstawiono wyniki logopedycznych badań nad objawami wadliwej wymowy odniesionymi do mechanizmów ich powstawania w kilku typach wad aparatu wymowy (u osób z krótkim wędzidełkiem języka (Ostapiuk 2000), z wadą zgryzu (Konopska 2001), z rozszczepem warg i podniebienia (Pluta-Wojciechowska 2003), po wycięciu nowotworu jamy ustnej (Stecewicz 2011)¹⁷, podejście do dyslalii w refleksji logopedycznej zaczęło się zmieniać. Wnioski z tych badań szereg wcześniejszych przekonań (lekarzy i logopedów) o wadach wymowy i przyczynach wad wymowy postawiły pod znakiem zapytania, rzucając przy tym nowe światło na wypracowane wcześniej w logopedii praktyczne sposoby usuwania zaburzeń wymowy¹⁸. Odkrywanie mechanizmów, które wiążą niepożądane objawy w artykulacji z rodzajem mankamentów w aparacie wymowy ujawniło między innymi, że **planując terapię**, trzeba uwzględnić progowe warunki skuteczności metod usuwania zaburzeń wymowy w poszczególnych rodzajach wad aparatu wymowy. Na przykład doprzed-

¹⁶ Także w Polsce. W 1998 roku jedna ze studentek logopedii po zajęciach poświęconych ankyloglosji przekazała mi niezwykłą relację o okolicznościach zastosowania tej „historycznej” techniki w 1947 roku, którą spisała jej mama, pani Teresa K., tytułując: „O moim przyrośniętym wiązadelku”. Między innymi opisała, co było powodem niepokoju: *Jako niemowlę plakałam dziwnie, bezdźwięcznie [podkreślenie – T.K.]. Zauważyła to moja mama, jak i jej bratowa [...], że mam przyrośnięty język. Moja mama bała się, że nie będę mówić tylko belkotać; jakie podjęto kroki: gdy ukończyłam 2 m-ce moja Mama wzięła mnie z becikiem i niosła 5 km do pobliskiej gminnej miejscowości Bledzew. Głównym celem tej wyprawy było iść do sióstr zakonnych [mowa o siostrach Boromeuszkach z Trzebnicy k. Wrocławia], żeby one brzytwą podcięły moje wiązadelko. Stało się inaczej; kto wykonał zabieg: siostra Juta Złotoś [...] która 20 lat pracy swego stażu w służbie zdrowia miała za sobą w Szpitalu Dziecięcym w Zabrze na Śląsku; w jaki sposób: Siostra umyła ręce i palcem zahaczyła pod językiem, błonę zakrwawiła i mówiła, że jest już wszystko dobrze; a także, związane z zabiegiem, efekty: I faktycznie nie seplenię, wyraźnie mówię, a nawet ładnie w młodości śpiewałam w kościele, dodając w dopisku: A teraz wnuczek Michał Z. ma przyrośnięte wiązadelko. Całość zamieściłam w: Ostapiuk 2000, 2013.*

¹⁷ Wyniki ich badań zostały przedstawione w rozprawach doktorskich, których tytuły sygnalizują zmianę podejścia do dyslalii w badaniach logopedycznych: B. Ostapiuk: *Warunki skuteczności logopedycznej terapii dyslalii ankyloglosyjnej* (2000), L. Konopskiej: *Zniekształcenia dźwiękowych realizacji fonemów spółgłoskowych u osób z wadą zgryzu* (2001), D. Pluty-Wojciechowskiej: *Realizacja polskich fonemów spółgłoskowych ze względu na miejsce artykulacji u dzieci i młodzieży z rozszczepem podniebienia pierwotnego i/lub wtórnego z perspektywy teorii prototypów* [2003], M. Stecewicz: *Warunki anatomiczne i czynnościowe a dźwiękowe realizacje polskich fonemów spółgłoskowych u chorych po wycięciu nowotworu jamy ustnej* (2011).

¹⁸ O paradygmatach diagnostyczno-terapeutycznych stosowanych w logopedycznej praktyce i badaniach naukowych w odniesieniu do zaburzeń wymowy pisze Danuta Pluta-Wojciechowska w artykule *Dlaczego o dyslalii trzeba dziś mówić inaczej? O trzech ujęciach dyslalii w polskiej logopedii* zamieszczonym w niniejszym tomie. Zob. też: Pluta-Wojciechowska 2020.

nia wada zgryzu (zwłaszcza nasiloną) czy ankyloglosja (zwłaszcza znaczna) każdą praktyczną metodę wywołania apikalnej głoski drżącej [r] z góry skazuje na fiasko: uzyskanie apikalno-alweolarnego układu języka jest – w obu przypadkach z innych powodów – **po prostu niemożliwe** (zob. ryciny 1, 2 a, b, 5). Stosowanie metod i technik wywoływania głosek w warunkach anatomicznych *a priori* ich skuteczność wykluczających okazało się być jednym z czynników, który prowadzi do niepowodzeń w terapii, narażając pacjenta na stratę czasu i na porażki. Ten aspekt niepowodzeń w terapii ujawnił luki w funkcjonującym wcześniej sposobie logopedycznego działania, w którym – jak pisał Stanisław Grabias (2008, 14) – „ponad wszelką wątpliwość brakuje” ważnego „**autonomicznego** komponentu postępowania”: „**programowania terapii**”. Ma ono, między innymi, „wyzwolić logopedę od intuicyjnej postawy, niestety obecnej w praktyce, a zawartej choćby w zbyt często stosowanej formule: «...jak się pracuje z człowiekiem, to zawsze coś się zrobi...»” i „każdy krok postępowania logopedy uczynić zabiegiem celowym” (Grabias 2008, 14]. W przypadku *dyslalii ankyloglosyjnej* badania wykazały, że usunięcie przyczyny dysfunkcji języka, czyli przecięcie wędzidelka, jest warunkiem skuteczności terapii, co znaczy, że pominięcie problemu ankyloglosji w programowaniu terapii nie może nie prowadzić do niepowodzeń¹⁹.

Oczywiste, że „nieistniejący” problem krótkiego wędzidelka języka nie podlegał ustalonym zasadom postępowania. W logopedycznej i medycznej praktyce panowała zatem zasada dowolności. Jedni specjaliści (lekarze, logopedzi, położne) „nieistniejącym” wędzidełkiem w ogóle się nie zajmowali. Inni kierowali się funkcjonującymi w ich dyscyplinach i środowisku pracy (niejednokowymi) opiniami, tradycją, zdroworozsądkową oceną sytuacji, doświadczeniem,

¹⁹ Wymownym świadectwem ówczesnych niepowodzeń w logopedycznej terapii są osoby, które – choć z niej wielokrotnie korzystały – nie uzyskały efektów, a gdy powstał Internet, opisywały swój problem, licząc na pomoc w jego rozwiązaniu, np.: *Mam 23 lata, od urodzenia nie wymawiam tej głoski, podobnie jak mój brat i mama, jak byłem dzieckiem chodziłam do logopedy, jednak zarówno ja, jak i on poddaliśmy się, bo nie było żadnego rezultatu ćwiczeń... teraz chciałabym spróbować jeszcze raz, ale tym razem z kimś wytrwałym i doświadczonym, kto pomoże mi przejść przez to... bardzo proszę o kontakt do dobrego logopedy w Łodzi... uprzejmie dziękuję.*; *Mam 24 lata i od dziecka nie wymawiam r. Jest to dla mnie poważny problem, który utrudnia mi bardzo codzienne życie. Wstydę się zabierać głos w towarzystwie, którego nie znam, mam wiele problemów związanych z załatwianiem np. urzędowych spraw, kiedy muszę podawać swoje nazwisko, którego nawet nie potrafię wymówić. To wszystko sprawia, że stoję się coraz bardziej zamknięta w sobie, bo wstydę się odezwać. Korzystałam wielokrotnie z pomocy logopedy, ale żadne ćwiczenia jak do tej pory nie przyniosły pożądanego efektów. Czy ktoś mógłby mi powiedzieć czy jest jeszcze jakaś szansa, że w tym wieku mogę się jeszcze nauczyć poprawnie wymawiać? Jest to moje największe marzenie. Czy ktoś ma jeszcze taki problem jak ja i jak sobie z nim radzi?* (Ostapiuk 2006, 43). W świetle obserwacji w praktyce wysoce prawdopodobne jest, że źródłem tych uporczywych logopedycznych porażek była nierozpoznana ankyloglosja.

tworząc wiele rozmaitych wariantów postępowania²⁰: logopedzi – albo prowadzili objawową terapię dyslalii i „rozciągali” wędzidełko w ćwiczeniach, albo (nieliczni), prowadząc terapię przyczynowo-objawową, kierowali pacjenta do lekarza w celu przecięcia wędzidełka; lekarze – albo, przyjmując, że przecinanie wędzidełka to „średniowiecze”, „teraz się tego nie robi”, pacjenta skierowanego na frenotomię przez logopedę odsyłali do... logopedy na ćwiczenia rozciągające wędzidełko, albo (nieliczni) zabieg wykonywali, czasem nawet nie wiedząc o tym, że aktualnie jest napiętnowany. Z niektórych przekazów (w tym kulurowych rozmów) wynika, że niekiedy specjaliści (lekarze, logopedzi, położne) po raz pierwszy z istnieniem problemu krótkiego wędzidełka zetknęli się, przyjmując pacjenta z krótkim wędzidełkiem, jako pacjenci lub rodzice pacjenta²¹.

W ostatnich latach XX i kilku pierwszych XXI wieku „nowe” podejście do frenotomii języka (choć *de facto* to *nihil novi*, lecz powrót do przeszłości) poza wąskim gronem badaczy i osób (edukacyjnie, zawodowo, koleżeńsko itp.) z nimi związanych przyjmowane było, w najlepszym razie, z rezerwą. Odzew ze strony medycznego i logopedycznego środowiska na pierwsze publikacje czy wystą-

²⁰ Aleksandra Wicher (logopeda) w artykule *Wędzidełko języka jako kontrowersyjny problem w logopedycznej refleksji z perspektywy studentki logopedii* przedstawiła kilka wariantów podejścia lekarzy do frenotomii języka na własnym przykładzie: „Najpierw trafiłam do laryngologa, który odmówił wykonania zabiegu. U kolejnego lekarza sama zrezygnowałam, gdyż proponował przecięcie wędzidełka w znieczuleniu ogólnym z założeniem szwów na ranę. Frenotomia została wykonana przez trzeciego lekarza (laryngologa), który na wstępie poinformował mnie, że po raz pierwszy będzie przecinał wędzidełko osobie dorosłej. Kiedy zgłosiłam się z prośbą o drugie przecięcie, powiedział, że jest to dla niego „wyzwanie”, gdyż po raz pierwszy będzie przecinał „prawie normalne wędzidełko”, przedtem miał do czynienia tylko z dziećmi „z przyrośniętym językiem”. Ta sytuacja pozwala sądzić, że z odmową wykonania zabiegu można się spotkać zwłaszcza wtedy, gdy skrócenie wędzidełka języka jest tylko nieznaczne” (Wicher 2016/2017, 80–81).

²¹ Przykład z książki Jolanty Jarki i Adama Angermana *O powstawaniu wad zgryzsu* wydanej w 2022 roku: „[...] jeden z naszych stażystów, lekarz dentysta odbywający staż podyplomowy, na koniec pierwszego dnia pobytu stwierdził, że o przecinaniu wędzidełka wargi wiedział, ale o tym, że można przeciąć wędzidełko, nigdy nie słyszał” (Jarka, Angerman 2022, 47). Podobny przykład pochodzi z wydanej po polsku w tym roku książki *Język na uwięzi*, której autorem jest lekarz Richard Buxter: „Dorastałem bez świadomości, że mam krótkie wędzidełko języka [...]. Skończyłem studia stomatologiczne oraz uzyskałem tytuł specjalisty w dziedzinie stomatologii dziecięcej, nie mając nawet jednego wykładu poświęconego tej tematyce” (Buxter 2023, 29). „Skrócone wędzidełko języka miało ogromny wpływ na moje życie zarówno prywatne, jak i zawodowe. Sam miałem krótkie wędzidełko, które zdiagnozowano dopiero w dorosłym życiu. Ponadto obie moje córki, bliźniaczki również miały krótkie wędzidełko języka” (Buxter 2023, xxvii). Innym rodzajem świadectwa są wyniki badania matek 79 dzieci urodzonych w latach 1992-95, objętych opieką Poradni Przykliniknych Katedry Chorób Dzieci PAM z powodu zaburzeń mowy stwierdzanych po 2. roku życia, które przedstawiono w 1997 roku w artykule *Czy krótkie wędzidełko jest barierą w karmieniu piersią?* Ustalono między innymi, że „żadna z ankietowanych matek nie była poinformowana o istniejącym u ich dzieci skróceniu wędzidełka języka i wynikających z tego faktu potencjalnych trudnościach w karmieniu” (Krupa et al. 1997, 118).

pienia konferencyjne o znaczeniu i efektach frenotomii języka był incydentalny. Zmian w podejściu do ankyloglosji nie przedstawiano w zdecydowanej większości ośrodków akademickich kształcących specjalistów. Mimo to wędzidełko zaczęło budzić coraz większe zainteresowanie, choć najpierw było raczej sensacyjną, bulwersującą nowinką, wymysłem, plotką niż przedmiotem dyskusji. Jedni na „nowość” reagowali z entuzjazmem, inni z nieufnością, niektórzy nawet z wrogością. Najczęściej nie wnikając w meritum. Podejście praktyków do frenotomii w większej mierze kształtowały krążące z ust do ust cząstkowe, uproszczone wersje relacji o (owocnych i nieowocnych, udanych i nieudanych) kontaktach między logopedami, lekarzami i pacjentami w praktyce, niż wiedza i fakty przedstawiane w badaniach (Ostapiuk 1997, 2000; Fernando 1998). W kolejnych latach powstawały liczne warianty „nowego” podejścia, coraz częściej anonsowane jako „autorskie”, w których – nie rozwiązując starych problemów – tworzono nowe, potęgując skrajne różnicowanie opinii o frenotomii. Z czasem, gdy temat zagościł w Internecie, spory zaczęły przybierać na sile.

O POCZĄTKACH POWROTU DO PRZECINANIA KRÓTKIEGO WĘDZIDELKA JĘZYKA

W pierwszym dziesięcioleciu XXI wieku na czele zainteresowanych frenotomią języka stanęli logopedzi, którzy – poznawszy walory „nowego” podejścia do wędzidełka języka w terapii dyslalii ankyloglosyjnej²² – zaczęli je testować i stosować w swojej praktyce. Dla tych, którzy się przekonali, że krótkie wędzidełko języka wbrew opiniom formułowanym w XX wieku ogranicza swobodę ruchów języka, nie rozciąga się w ćwiczeniach oraz – co najważniejsze – wpływa na efektywność terapii, współpraca z lekarzami stała się niezbędną zawodową potrzebą. Nie wiemy dokładnie, ilu logopedów nawiązywało (nawiązało) w tamtym okresie współpracę z lekarzami, nie wiemy, ilu lekarzy zaczęło

²² „Wydłużenie wędzidełka (w krótkim, jedno- lub wielokrotnym zabiegu z miejscowym znieczuleniem) likwiduje przeszkodę w pionizacji języka i otwiera drogę do metody przekształceń fonetycznych w logopedycznej terapii (np. od dźwiękowego zwarcia do dźwiękowego drgania). Postępowanie objawowe oznacza zmaganie się z niekorzystną anatomią w żmudnych, długotrwałych ćwiczeniach, które i tak nie doprowadzą do pełnowartościowej głoski [r], w najlepszym wypadku pozwolą uzyskać wariant realizacyjny zbliżony do prawidłowego (najczęściej: im krótsze wędzidełko, tym bardziej wadliwa głoska). Jeśli logopeda preferuje postępowanie objawowe (nie przyuczynowe) i „wierzy” w jego skuteczność, a o potrzebie zabiegu na krótkim wędzidełku nie jest przekonany i postrzega go jako ostateczność, której sam się obawia, to niewątpliwie zrazi dziecko (i rodziców) do chirurgicznego leczenia ankyloglosji. Niestety, zdarza się, że chcąc zmobilizować dziecko do intensywnych ćwiczeń, wręcz straszy je zabiegiem: »jak nie będziesz ćwiczyć, trzeba będzie iść do lekarza«. Nie wiadomo, co gorsze: straszenie zabiegiem czy nieskuteczność ćwiczeń w objawowej terapii” (Ostapiuk 2013b, 77–78).

krótkie wędzidełko w kolejnych latach XXI wieku przecinać, dołączając do tych (nielicznych), którzy w drugiej połowie XX wieku – napiętnowany w środowisku, ale niezakazany – zabieg wykonywali. Nie wiemy, ilu lekarzy nie zmieniło zdania, pozostając w przekonaniu, że przecięcie wędzidełka to średniowieczna tortura czy nieudolność logopedy w rozciąganiu wędzidełka. Wiemy, że liczba zabiegów z roku na rok rosła, a wraz z nią poszerzał się krąg specjalistów zajmujących się wędzidełkiem. „Nowe” postępowanie było szczególnie ważne dla pacjentów – walory zmiany dostrzegli i docenili zwłaszcza ci pacjenci, którzy korzystając wcześniej z pomocy logopedy (często przez kilka lat, u jednego lub kilku logopedów), mimo wysiłków, nie mogli uzyskać efektów (zob. przypis 19). Także dla logopedów, którzy stanęli przed dylematem: „przecinać czy nie przecinać”. Niewiele wiemy o tym, czym logopedzi się kierowali, dokonując wyboru. Czy o przyjęciu lub odrzuceniu nowego podejścia decydowało tylko meritum czy inne czynniki, które mogą zakłócać osąd, wpływając na wybór. Niewiele wiemy o tym, dlaczego jedni wcześniej, drudzy później „nowe” podejście gotowi byli uznać za wiarygodne. Jedna z logopedek w 2022 roku w poście *Ja i wędzidełko* opisuje, czym kierowała się, włączając „nowe” podejście do swojej praktyki²³:

Chciałam podzielić się z wami moją refleksją na temat mojego podejścia do wędzidełka i tego, jak zmieniało (właściwie jak zmienia się nadal) pod wpływem szkoleń, czytanych publikacji i własnych doświadczeń. Publikacje naukowe i książki zmieniły moje poglądy i zrewolucjonizowały terapię. Celowo mówię tutaj o rewolucji dlatego, że całkowitej zmianie uległa moja praca z pacjentem. Moją wędzidełkową ewolucję podzielić mogę na trzy etapy. **Pierwszy**, tuż po zakończeniu studiów, kiedy byłam przekonana że wędzidło można rozciągnąć i skutecznie zmienić jego strukturę poprzez stosowanie masażu. Nie wiedziałam na temat wędzideł nic więcej i niestety mogę tutaj śmiało powiedzieć że taką wiedzę przekazano mi na studiach. **Drugi**, wędzidełkowy etap nastąpił w momencie, kiedy zaczęłam zagłębiać się w literaturę, szkolić i moje podejście do wędzidełek stało się bardzo rygorystyczne. W zasadzie uznawałam, że niemal każd(e) trzeba przecinać (z naciskiem na każde). **Trzeci** etap, trwający obecnie, wydaje się być najbardziej zdroworozsądkowym. Staram się obserwować pacjenta, wyciągać wnioski. Prawda jest taka, że gdyby nie fachowa literatura, na pewno nie byłabym w tym miejscu, w którym obecnie jestem. Nie chcę tutaj pisać o tym jak diagnozować wędzidła...odsyłam do literatury. Chciałam wam tylko pokazać, że **moje podejście do wędzidełek zmieniało się w czasie i zapewne będzie zmieniać się nadal**²⁴.

O znaczeniu wędzidełka języka w polskim środowisku medycznym przypominał neonatolog Tomasz Sioda (Sioda 2007, 2010, 2012), który w latach 90. XX w. wdrożył do praktyki oddziału noworodkowego rutynowe badanie wędzi-

²³ Źródło: Facebook, LogoNisza: *Ja i wędzidełko*, 6 października 2022, dostęp 10.10.2022. <https://www.facebook.com/watch/?v=1093056791580570>

²⁴ Inna logopedka dodaje: *Mogłabym napisać właściwie tak samo. Do tego stopnia powiększyła się moja wiedza w tym zakresie, że zaleciłam samej sobie korektę wędzidełka, które zostało przecięte 28 czerwca tego roku.*

delka języka u noworodków i jego przecinanie w przypadku ankyloglosji. Przekonywał do wczesnego leczenia, mając na uwadze nie tylko „pierwszą konsekwencję ankyloglosji, która ujawnia się już w okresie noworodkowym” w postaci „trudności w karmieniu piersią”, ale także kolejne jej skutki w czynnościach, „do których wykonywania potrzeba pełnej sprawności języka”, ujawniające się w toku rozwoju w postaci: wad wymowy, „wad zgryzu i dalszych następstw wad zgryzu w wieku dorosłym wskutek braku właściwego oddziaływania języka na struktury otaczające jamę ustną”, „czyszczenia jamy ustnej językiem, zwłaszcza przestrzeni międzyzębowych, lizania lodów, gry na instrumentach dętych i pewnych zachowań seksualnych” (Sioda 2012).

W kolejnych latach problematyką ankyloglosyjną zaczęli interesować się także inni specjaliści zajmujący się skutkami dysfunkcji języka (m.in. trudnościami w ssaniu matczynej mleka, wadami zgryzu, dolegliwościami stawu skroniowo-żuchwowego) i sposobami jej usuwania, co stopniowo zaczęło zmieniać podejście do diagnostycznego i naprawczego postępowania u pacjentów. Stawało się oczywiste, że problemy pacjenta wynikające z dysfunkcji jego języka, są „**wspólnym problemem**” wielu specjalistów, a ankyloglosja wyznacza nowe ramy relacji między specjalistami, których celem jest usunięcie „dysfunkcji języka” i jej rozmaitych skutków.

Logopedia i ortodoncja to dyscypliny, które „dysfunkcja języka” pacjenta łączyła ze sobą już wcześniej. W obu „od zawsze” podnoszono potrzebę współpracy²⁵, nawet ją uprawiano w praktyce (co z reguły ograniczało się jednak do wysyłania pacjenta na konsultację) i uwzględniano w kształceniu (logopedzi byli uczeni podstaw ortodoncji [Mackiewicz 1983, 1989], w programach specjalizacji z ortodoncji ujmowano staże u logopedów²⁶). Dla jednych i drugich specjalistów usunięcie dysfunkcji języka było tak samo ważne, ale rola krótkiego wędzidelka języka w jej powstawaniu była w tamtym czasie w ortodoncji – podobnie jak w logopedii – pomijana²⁷, a nawet dyskredytowana. Z czasem

²⁵ Niemal pół wieku temu w 12 numerze „Logopedii” zostały zamieszczone teksty reprezentantów obu dyscyplin, którzy podnosili potrzebę międzyspecjalistycznej współpracy. Lekarz ortodonta Kazimierz Dominik przedstawił wówczas temat *Zgryz otwarty jako przyczyna zaburzeń mowy i jego leczenie przy współpracy logopedów*, opracowany – jak czytamy – „według referatu wygłoszonego w Lublinie dnia 5 II 1971 r. w czasie zjazdu Polskiego Towarzystwa Logopedycznego” (Dominik 1975, 40). Genowefa Demelowa, logopeda, w zakończeniu swojego tekstu *O potrzebie współpracy logopedii z ortodoncją*, napisała: „Zależność między wymową i zgryzem widzieć należy zatem w ich powiązaniach obustronnych. Tak sformułowany postulat stawia logopedów i ortodontów w pozycji partnerów równorzędnych i otwiera pole owocnej współpracy (Demelowa 1975, 81). Jakie były losy (i owoce) tej 50-letniej współpracy to temat na oddzielne opracowanie.

²⁶ Zrezygnowano z nich kilka lat temu.

²⁷ Pominięcie jest szczególnie wymowne na tle odmiennego podejścia ortodontów do wędzidełek warg, o czym świadczy m.in. opis badania wewnątrzustnego zamieszczony w *Zarysie współczesnej ortodoncji* pod red. Ireny Karłowskiej, obowiązkowym podręczniku dla studentów stoma-

podejście ortodontów do problemu ankyloglosji zaczęło się zmieniać, za czym w głównej mierze przemawiały efekty frenotomii języka u pacjentów objętych równoczesną opieką logopedyczną (takie jak na rycinie 2.)²⁸. Z czasem przybywało ortodontów, którzy „nowe” podejście do ankyloglosji zaczęli uwzględniać w praktyce. Przejawem rodzącego się zainteresowania ortodontów logopedycznym postępowaniem u osób z ankyloglosją (szerzej: logopedycznym postępowaniem u osób z wadą zgryzu i wadą wymowy) były lokalne spotkania z logopedami. Jednym z nich (być może pierwszym) była szczecińska konferencja Koła Sekcji Ortopedii Szczękowej (Ortodoncji) Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego zorganizowana przez Iwonę Kamińską, lekarza ortodontę, na której logopedki referowały dwa ważne w obu dziedzinach zagadnienia: *Możliwości i ograniczenia w logopedycznym usprawnianiu wadliwej wymowy osób z wadami zgryzu* (L. Konopska) i *Ankyloglosja i wada wymowy* (B. Ostapiuk)²⁹. Do tych, którzy wcześniej niż inni dostrzegli znaczenie frenotomii języka w ortodontyczno-logopedycznej opiece nad pacjentami i przywiązywali wagę do porozumienia między ortodontami i logopedami w praktyce należy lekarz ortodonta Jolanta Jarka, przewodnicząca Opolskiego Koła Regionalnego Polskiego Towarzystwa Ortodontycznego³⁰. Od 20 lat organizowała lokalne konferencje dla ortodontów,

ologii oraz dentystów przygotowujących się do egzaminu specjalistycznego z ortodoncji (Karłowska 2016). Zob. też przypis 30.

²⁸ Ujęte w programie specjalizacji z ortodoncji staże specjalistyczne u logopedy nie odegrały tej roli – po pierwsze: były tylko alternatywą stażu u foniatry, po drugie: prawdopodobieństwo trafienia na staż u logopedy prowadzącego przyczynową terapię dyslalii ankyloglosyjnej było w tym czasie znikome, a – gdy liczba logopedów zajmujących się ankyloglosją wzrosła – staże u logopedy zostały wykreślone z programu specjalizacji. O walorach tej formy edukacji miałam okazję się przekonać, gdy w 1997 roku poznałam Lidę Jędrzejowską, lekarzkę stomatologii, która w trakcie specjalizacji z ortodoncji zgłosiła się do mnie na staż (nie z wyboru, lecz z powodu niedostępności, wówczas jedynego w Szczecinie, foniatry). Była zapewne pierwszą ortodontką, która – obserwując logopedyczne diagnostyczne i terapeutyczne postępowanie u wielu pacjentów z ankyloglosją przed i po frenotomii języka – mogła ocenić jej zasadność oraz efekty, także w odniesieniu do ortodontycznego problemu, co wpłynęło na zmianę jej podejścia do ankyloglosji w praktyce (w jeszcze nie gotowym do weryfikacji poglądów środowisku, zmianę jej podejścia przyjmowano, w najlepszym razie, z rezerwą).

²⁹ Oba tematy zostały opublikowane w *Biuletynie informacyjnym Koła Ortodontycznego w Szczecinie* (2005, nr 9).

³⁰ W jej książce *O powstawaniu wad zgryzu* (współautorem jest Adam Angerman), wydanej pod koniec 2022 roku znajdujemy wiele ortodontyczno-logopedycznych wątków. Także wymownych przykładów, obrazujących rozbieżności między specjalistami w sprawie wędzidelka języka pacjentów, m.in. „Wędzidelko jest krótkie. [...] Pacjent został skierowany do logopedy i na przecięcie wędzidelka języka. [...] Zgłosił się na kolejną wizytę po półtora roku. Wada uległa nasileniu [...] Mama twierdzi, że laryngolog nie widział wskazań do przecięcia wędzidelka języka, pomimo skierowania. Jeden z logopedów również stwierdził, że takiej potrzeby nie ma. Natomiast obaj zgodnie **uważali, że należy przeciąć wędzidelko górnej wargi** i taki zabieg laryngolog wykonał, pomimo że inny logopeda potwierdził

na których logopedzi omawiali zagadnienia logopedyczne. O krótkim wędzidelku języka, argumentach przemawiających za jego przecinaniem, wówczas rzadko akceptowanym, mówiły m.in. Danuta Pluta-Wojciechowska, Barbara Sambor, Izabela Malicka. Można powiedzieć, że w tamtym czasie zaczął się nowy etap współpracy ortodontów z logopedami³¹. Zmiana podejścia do „krótkiego wędzidelka języka” zmieniła nie tylko sposób działania specjalistów w praktyce, ale także, obnażając luki w teoretycznych założeniach diagnostycznego i naprawczego postępowania, wyznaczyła nowe problemy badawcze w obu dziedzinach wiedzy³².

konieczność przecięcia wędzidelka języka” (Jarka, Angerman 2022, 127). Dzięki załączonej fotografii dolnej powierzchni uniesionego języka czytelnik może konfrontować swój punkt widzenia z przywołanymi opiniami. Przy okazji warto podkreślić, że dokumentacja ocenianych faktów jest warunkiem racjonalnej dyskusji o faktach (eliminuje znaczną część nieporozumień, które powstają w sporach o wędzidelko).

³¹ Wymownym świadectwem ożywienia w tym zakresie jest przedstawiona w 2020 roku w „Logopedii” *Propozycja modelu współpracy logopedy i ortodonta*. Autorki za oczywiste uważają, że „logopedzi powinni znać podstawy wiedzy ortodontycznej, a ortodonta podstawy wiedzy logopedycznej” i, akcentując „znaczenie interdyscyplinarnej opieki nad pacjentem”, omawiają zakresy „działań wspólnych, jak też specyficznych dla logopedy i ortodonta” w odniesieniu do ich „kwalifikacji zawodowych i kompetencji” (Gacka, Kaźmierczak, Sujecka-Brzóska 2020). Zob. również propozycję „Jak mogłaby być zorganizowana opieka kompleksowa”, którą przedstawiają Autorzy książki *O powstawaniu wad zgryzu* (Jarka, Angerman 2022, 177–180).

³² Przykładem włączenia ankyloglosji do badań naukowych w zakresie ortodoncji jest rozprawa doktorska Marcina Posta z 2011 roku pt. *Krótkie wędzidelko języka a wady zgryzu – porównanie wybranych metod oceny nasilenia ankyloglosji* (Katedra i Zakład Ortodoncji Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie). Warto zwrócić uwagę na sposób badania wymowy zastosowany w rozprawie. Autor sprawdził „zaburzenia mowy” jako jeden z „objawów ankyloglosji” „podczas badania klinicznego” (s. 28), przy czym **wziął pod uwagę „zaburzenia mowy uchwytne dla osoby nie będącej logopedą”** (s. 28, 125). Wątpliwości budzi i sposób badania mowy („na podstawie zarówno mowy spontanicznej pacjentów jak i na podstawie wyrazów wypowiedzianych na polecenie prowadzącego badanie”), i zestaw wyrazów („rower, barbara, warszawa, szafa, lalka, środa”) dobranych „na podstawie wyników badań donoszących o najczęstszej pozanormalnej realizacji fonemów *r, sz, l, ś* u polskojęzycznych pacjentów z ankyloglosją” (s. 28). Fonemy te Autor wyłonił z przywołanego artykułu Ostapiuk *Poglądy na temat ruchomości języka w ankyloglosji a potrzeby artykulacyjne* z 2006 roku, w którym przedstawiono wnioski z badań jakości wymowy prowadzonych metodą obejmującą również te **zaburzenia, które są nieuchwytne dla osoby nie będącej logopedą**, co jego konstatacje o wymowie jako „objawie ankyloglosji” stawia pod znakiem zapytania. Jeszcze bardziej zaskakująca jest obrona „uproszczonej” metody badania zaburzeń mowy („Dobór słów pozwalał na dokonanie wybiórczej oceny zaburzeń mowy przez badającego”) – jej słuszność mają potwierdzać wcześniejsze badania nad ankyloglosją zaprojektowane z uwzględnieniem **ewaluacji mowy bez udziału specjalistów z tego zakresu** (Post 2011, 28). Jako przykłady „godne naśladowania” Autor rozprawy podaje dwie obcojęzyczne prace, w których rezygnacja ze specjalistów jest argumentowana w „bliźniaczy” sposób. W jednej, z 2005 roku, czytamy: *Chociaż dentystom brakuje szkolenia w zakresie analizy fonetycznej, jest możliwe, bynie będąc patologiem mowy, ocenić dokładność próbek produkcji artykulacyjnej pacjenta* (oryg. *Although dentists lack training in phonetic analysis,*

U progu drugiej dekady XX wieku do zwolenników frenotomii języka dołączyło środowisko laktacyjne, od wielu lat propagujące „karmienie piersią” jako „najzdrowszy sposób żywienia niemowląt i małych dzieci” (Nehring-Gugulska 2012, 3). Na V Zjeździe Centrum Nauki o Laktacji pt. *Karmienie piersią bez barier*, poświęconym przyczynom „słabej jakości karmienia (niski odsetek karmienia wyłącznego) i porzucania karmienia tak szybko, w 2–3 miesiącu?”, o krótkim wędzidełku mówiono jako problemie wcześniej w poradnictwie laktacyjnym „niedocenionym” (Nehring-Gugulska 2012, 4). Do frenotomii języka u noworodków przekonywała w swoim wystąpieniu Monika Żukowska-Rubik, lekarz pediatra, konsultant International Board Certified Lactation, Certyfikowany Doradca Laktacyjny, podkreślając, że: „Przecinanie wędzidełka podjęzykowego (frenotomia), zgodnie z doniesieniami z ostatnich lat, przynosi poprawę jakości karmienia piersią” (Żukowska-Rubik 2012, 13). W wykrzyknikowej formie tytułu wystąpienia: „Krótkie wędzidełko podjęzykowe – bariera do pokonania!”, w dopingującym końcowym apelu: „krótkie wędzidełko jest barierą, którą można i trzeba pokonać” (Żukowska-Rubik 2012, 13) odnajdujemy nie tylko zaangażowanie w propagowanie „nowego podejścia” do problemu krótkiego wędzidełka języka w poradnictwie laktacyjnym, ale również – rozumiałą w obliczu wcześniejszych zaleceń CNoL – obawę o brak gotowości do jego przyjęcia³³.

it is nonetheless possible for individuals other than speech pathologists to judge the accuracy of a sample of patient articulatory Production (Kupietzky, Botzer 2005, 43). W drugiej, z 1985, przywołanej jako źródło w powyższej, czytamy: *Chociaż dentyści nie są przeszkoleni w zakresie analizy fonetycznej, osoby inne niż logopedzi mogą ocenić dokładność próbki artykulacyjnej pacjenta* (oryg. *Although most dental specialists do not have training in phonetic analysis, it is nonetheless possible for nonspeech pathologists to judge the accuracy of a sample of the patient's articulatory productions*) (Williams, Waldron 1985, 355). Równie niefrasobliwa byłaby propozycja oceny stanu zdrowia pacjenta bez udziału specjalisty, na przykład wyłącznie na podstawie jego wyglądu.

³³ W środowisku laktacyjnym (nie licząc wyjątków w praktyce) powszechnie przyjmowano, że „podcinanie wędzidełka” „nie jest wskazane u niemowlęcia” (Zaleski 1992). Autorka, podnosząc potrzebę zmiany postępowania, odwołuje się do sześciu obcojęzycznych artykułów (z 2002, 2005, 2006, 2008, 2011 roku). W jej nieco wcześniejszej publikacji (*Karmienie piersią – technika, zasady i najczęstsze błędy*, 2010) o wędzidełku nie ma jeszcze mowy. Podobnie jest w opublikowanym 17 września 2009 roku w Internecie na portalu *Medycyna praktyczna dla lekarzy* obszernym opracowaniu, zawierającym odpowiedzi na 17 pytań dotyczących *Karmienia piersią i mlekiem kobiecym* udzielone przez grupę ekspertów w dziedzinie laktacji (dr med. Anna Oslisło, Międzynarodowy Konsultant Laktacyjny (IBCLC), Wyższa Szkoła Nauk Stosowanych w Rudzie Śląskiej, Oddział Noworodków i Wcześnieiaków Szpitala w Knurowie; dr hab. med. Barbara Królak-Olejnik, Międzynarodowy Konsultant Laktacyjny (IBCLC), Katedra i Oddział Kliniczny Ginekologii, Perinatologii i Neonatologii w Zabrze, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach; lek. Magdalena Nehring-Gugulska Międzynarodowy Konsultant Laktacyjny (IBCLC), Centrum Nauki o Laktacji w Warszawie; lek. Monika Żukowska-Rubik, Międzynarodowy Konsultant Laktacyjny (IBCLC), Stowarzyszenie Komitet Upowszechniania

W tym czasie zaczęliśmy odkrywać nie tylko, że skutki krótkiego wędzidelka języka są wielorakie i (potencjalnie) rozległe, że ujawniają się stopniowo w toku życia: od niemowlęstwa (w laktacji, jedzeniu, połykaniu) do starości (w niestabilności protezy dolnego łuku zębowego) – można powiedzieć: „od ssania do protezowania”, ale także, że jedne skutki z drugimi są rozmaicie, zawile (też zaskakująco) powiązane. **Z jednej strony – jedne poprzedzają drugie w przebiegu czasu:** od czynności przedartykulacyjnych w okresie prenatalnym (zob. przypis 37) i niemowlęcym zależą późniejsze stany i czynności: gryzienie, żucie, połykanie, kształtowanie aparatu wymowy (w tym zgryzu), wymowy (ograniczona aktywność ruchowa języka stanowi podłoże wady wymowy i wady zgryzu). **Z drugiej – jedne i drugie działają w tym samym czasie:** na przykład krótkie wędzidelko języka i wada zgryzu to dwa, zawile ze sobą powiązane mankamenty aparatu wymowy. Z diagnostycznego punktu widzenia i planowania logopedycznej terapii są odrębne, ale – działając w tym samym czasie – razem tworzą podłoże wady wymowy³⁴.

Do oddzielenia tak powiązanych ze sobą wpływów wad aparatu wymowy na wymowę, a zwłaszcza do ustalenia: czy dźwięk jest nieprawidłowy, czy jest wadliwy³⁵, szczególnie: dlaczego jest wadliwy, nie wystarczyła zadomowiona w logopedii koncepcja J.T. Kania z lat 60. i 70. XX wieku (Kania 2001), w której słuchowa ocena fonemowej wartości badanych dźwięków stanowi podstawę kwalifikacji do logopedycznej terapii. Kania przyjął, że fonemowe mankamenty w artykulacji (np. [lama] i [Øama] zamiast [rama], tzw. substytucje i elizje) przed 5.–7. rokiem życia nie są wadą wymowy, więc – jako zjawiska rozwojowe – nie podlegają logopedycznej terapii. Niefonemowe mankamenty z kolei (np. [r_{języzkowe}ama] zamiast [rama] czy boczny przepływ powietrza w dentalizowanej głosce szumiącej, tzw. seplenienie boczne) są wadą wymowy, więc – niezależnie od wieku – podlegają terapii. **Rzecz w tym, że w niektórych dziecięcych substytucjach oprócz**

Karmienia Piersią, Poradnia Laktacyjna Szpitala Specjalistycznego św. Zofii w Warszawie). W odpowiedzi na pytanie: *Czy popularne skargi typu: mam za mało pokarmu, muszę dokarmiać mieszkankami mlecznymi, dziecko ciągle płacze, bo jest głodne itp., mają swoje uzasadnienie (chodzi głównie o dzieci <6. m. ż.)?* też nie ma mowy o krótkim wędzidelku języka [https://www.mp.pl/artykuly/46468].

³⁴ Z tego właśnie powodu Lilianna Konopska, projektując pionierskie badania nad związkiem między jakością wymowy a rodzajem i nasileniem wady zgryzu (dotylna, doprzednia oraz zgryz otwarty) (Konopska 2006, 49–50) zadbała o wykluczenie innych niż wada zgryzu wpływów na wymowę: wyłączyła z badań nie tylko osoby z wadą słuchu, rozszczepem podniebienia, chorobami neurologicznymi, opóźnionym rozwojem mowy, niepełnosprawnością umysłową, ale także osoby ze znacznie i średnio skróconym wędzidelkiem języka.

³⁵ Do kategorii „wadliwych” dźwięków mowy nie należą: niedojrzałe dziecięce artykulacje, błędy wymowy, przejęzyczenia. Powstają w wyniku innych mechanizmów i nie podlegają logopedycznej terapii.

wyraźnie słyszalnych mankamentów fonemowych (laik je „słyszy”) jednocześnie występują mankamenty niefonemowe (np. [l_{dysmedialne} ama] zamiast [rama]), które nie tak wyraźnie ujawniają się w brzmieniu (laik ich „nie słyszy”). Można je dostrzec, badając wzrokowo artykulacyjną budowę dźwięku (nie tylko jego brzmienie) i – oceniając w odniesieniu do aparatu wymowy – prognozować (jak w przypadku innych czynników, które skutkują wadą wymowy, np. wad słuchu), czy taka dziecięca substytucja przekształci się po 5.–7. roku życia w prawidłową głoskę czy w tzw. deformację. Można także, od razu – nie czekając do 5.–7. roku życia – podjąć stosowne działania naprawcze. Oczywiście, że im więcej wiemy o związkach między artykulacyjną budową głoski i jej brzmieniem, między jakością aparatu wymowy a jakością wymowy, a także o sposobach przewyżczania przeszkód w tworzeniu dźwięków mowy (kompensacja), tym trafniej możemy prognozować przyszły stan rzeczy, tym wcześniej możemy wadzie wymowy (i innym skutkom ankyloglosji) zapobiec (do tego wątku powrócę w dalszej części tekstu). Dzisiaj jest oczywiście (choć nie powszechnie), że ustalenie wpływów poszczególnych wad aparatu wymowy na wymowę wymaga wielowymiarowej analizy dźwięków mowy, a obserwacja wzrokowa (czasem też palpacyjna) dźwięków mowy – wcześniej niedoceniana – stanowi warunek *sine qua non* odkrywania (i „usuwania”) wadliwych mechanizmów, które wiążą głoski (ściślej ujmując: niepożądane cechy głosek) z jakąś przeszkodą w aparacie wymowy. Wcześniej takich badań nie prowadzono.

Problematyka logopedyczna bezpośrednio związana z „krótkim wędzielkiem języka” dotyczy zakresu ruchów języka (wysokie vs. niskie wzniesienie jego przedniej, środkowej, tylnej części) i kształtu języka (szerokie vs. wąskie rozłożenie jego masy mięśniowej) oraz sposobów radzenia sobie z ograniczeniem na potrzeby artykulacji (kompensacja). Pośrednio jednak jest znacznie szersza. Ze względu na wielofunkcyjność języka w polu zainteresowania logopedii znajdują się rozmaicie (anatomicznie, funkcjonalnie, rozwojowo) z artykulacją związane: położenie języka w spoczynku, jego ruchomość w czynnościach pokarmowych (ssanie, połykanie, żucie, gryzienie), w oczyszczaniu jamy ustnej itd. oraz objawy dysfunkcji języka (w tym: skutki artykulacyjnej dysfunkcji języka), które dotyczą struktur połączonych z językiem mięśniami zewnętrznymi: zuchwy, krtani i kości gnykowej, stawów skroniowo-żuchwowych.

O ANKYLOGLOSJI JAKO WIELOSPECJALISTYCZNYM PROBLEMIE

Przykładem spojrzenia na język i dysfunkcje języka w szerokiej, wielodyscyplinarnej perspektywie badawczej była zorganizowana

w 2005 roku w Szczecinie z inspiracji i pod kierunkiem Ludmiły Halczy-Kowalik przez zespół Kliniki Chirurgii Szczerkowo-Twarzowej Pomorskiej Akademii Medycznej (monotematyczna i wielodyscyplinarna zarazem) konferencja zatytułowana wymownym pytaniem: „Język – narząd niezastąpiony?”. W *Przedmowie* do opublikowanych w „Rocznikach Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie” materiałów pokonferencyjnych³⁶ czytamy: „konferencja zgrupowała wokół zapowiadanego tematu lekarzy wielu specjalności, logopedów, psychologów z polskich ośrodków akademickich i terapeutów niezwiązanych ze środowiskiem akademickim; wykłady pierwszej części konferencji traktowały o znaczeniu języka w życiu płodowym³⁷ i po urodzeniu w procesie polykania, oddychania i mowy, o jego roli w kształtowaniu układu stomatognatycznego, w formowaniu modelu polykania i wzorca artykulacji mowy, o diagnostyce morfologicznej schorzeń języka i zaburzeniach funkcji języka po operacjach w jamie ustnej i w gardle; w drugiej, roboczej, części [...] zostały przedstawione wyniki badań nieprawidłowej funkcji języka i jej następstwa w postaci zaburzeń drożności górnych dróg oddechowych, polykania, emisji głosu, artykulacji mowy; konferencja, służąc wymianie poglądów ujawniła różnice w określaniu, diagnozowaniu i leczeniu niektórych nieprawidłowości języka, zależne od prezentowanego spojrzenia zawodowego i mimo przedłużającej się dyskusji [...] wyjaśniła wiele wątpliwości, niektóre kwestie pozostawiła otwarte (Halczy-Kowalik 2006, 5).

³⁶ „Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie”, tom LII, suplement 3, Szczecin 2006.

³⁷ Zespół lekarzy z Kliniki Medycyny Matczyno-Płodowej PAM w wystąpieniu *Nieprawidłowości języka u płodu i noworodka* omawiał badania USG języka w okresie życia wewnątrzmacicznego (m.in.: *Pierwsze badania USG dotyczące rozmiarów języka w zestawieniu z czasem trwania ciąży, począwszy od 14. tygodnia ciąży do 26. tygodnia jej trwania [...] przeprowadzone przez Achirona i wsp. w 1997 r.; badania Millera i wsp. z 2003 r., którzy obserwowali [...] ruchy języka [...] i skategoryzowali je jako trzy różniące się czynności: wysuwanie języka [...], »mieszczkowanie« języka [...], pełne wysunięcie języka z jamy ustnej i cofanie się [...] [Ronin-Walknowska et al. 2006, 9]) oraz przedstawił oryginalną, niezwykłą kompozycję nagrań ultrasonograficznych 3D i 4D obrazujących rozwój ruchów w języku, które w miarę trwania ciąży, stają się coraz bardziej złożone od początkowo prostego wysuwania języka do przodu i »mieszczkowania«, do ruchów posuwisto-zwrotnych, niezbędnych w procesie skutecznego ssania i polykania (Ronin-Walknowska et al. 2006, 8) połączoną ze szczególnym muzycznym akompaniamentem w postaci *Bolera Maurice’a Ravela*. Dla porządku dodam, że prowadząca konferencyjny wykład Elżbieta Ronin-Walknowska dołączyła niebawem do grona wykładowców kształcących logopedów na Podyplomowych Studiach Logopedii i Glottodydaktyki na Uniwersytecie Szczecińskim, poszerzając tym samym listę wymienionych przez Leona Kaczmarka dyscyplin, z których czerpie logopedia. Wówczas też powstał pomysł porównania prenatalnych ruchów języka z postnatalnymi w odniesieniu do ankyloglosji we wspólnych badaniach, co jednak nie doszło do skutku. Z mojego (wstępnego) przeglądu literatury wynika, że tego rodzaju badań nie prowadzono, choć tytuł jednej z publikacji je sygnalizuje: *Prenatal Detection of Ankyloglossia in a 22-Week Fetus* (Allen, Spadola 2013).*

Współwystępowanie różnego rodzaju skutków tej samej – ankyloglosyjnej – dysfunkcji języka (m.in. wady zgryzu i wady wymowy), wynikające bezpośrednio z wielofunkcyjności języka, zrodziło także potrzebę **międzydiscyplinarnej współpracy w praktyce**. Specjaliści zostali postawieni przed złożonym i wielowątkowym problemem, z którym większość – ani w praktyce, ani w toku kształcenia – się nie zetknęła albo nawet za problem nie uważała. Siłą rzeczy, w praktyce zderzało się wiele punktów widzenia na temat wędzidełka języka, a w kularowych relacjach o sporach między specjalistami więcej było emocji niż rzeczowej refleksji oraz woli poznania innego (nieznanego) punktu widzenia. O źródłach nieporozumień, rodzajach przeszkód, potrzebie (po)znania i z(rozumienia) innych punktów widzenia jako ważnej podstawie (po)rozumienia w praktyce pisano niewiele (zob. Malicka 2011³⁸).

W drugiej dekadzie XXI wieku nastąpił rozwój rozmaitych (formalnych lub nieformalnych, spontanicznych lub zorganizowanych) zawodowych kontaktów między lekarzami, logopedami i innymi specjalistami w praktyce, zainteresowanie wędzidełkiem języka zaczęło intensywnie rosnać. Dostrzegając potrzebę

³⁸ Izabela Malicka (logopeda) w artykule *O współpracy logopedy i chirurga w przypadku ankyloglosji* opisuje początek swojej współpracy z lekarzem laryngologiem, do którego w 2009 roku trafił jej pacjent: „Lekarz [...] odmówił jednak przecięcia wędzidełka, argumentując to tym, że jest ono prawidłowe i nie wymaga frenotomii. Początkowo nie potrafiłam zrozumieć, dlaczego chirurg tak postąpił. Podobne odczucia towarzyszyły rodzicom dziecka, którzy – widząc starania Bartka na zajęciach logopedycznych i ich mierne efekty – byli przekonani o konieczności podcięcia wędzidełka. [...] Moje skromne doświadczenie zawodowe w odniesieniu do opinii doświadczonego specjalisty wywołało u mnie olbrzymie wątpliwości: „czy dobrze zdiagnozowałam pacjenta?“, „czy podcięcie wędzidełka w przypadku Bartka jest konieczne?”. Jednak analizując po raz kolejny przypadek pacjenta, nabrałam pewności co do konieczności wykonania zabiegu frenotomii u chłopca. Zaczęłam sobie uświadamiać, że moja wiedza fonetyczna, do której należy «poznanie nieprawidłowych objawów (niepożądanych cech fonetycznych) w głoskowych realizacjach fonemów, ustalenie przyczyn powstawania tych objawów i objaśnianie patomechanizmów tworzących te objawy [...]» (Konopska 2002, 167) niekoniecznie musi iść w parze z wiedzą medyczną chirurga. Przypadek Bartka stał się pretekstem do zaplanowania spotkania ze specjalistą w dziedzinie laryngologii oraz chirurgii. W trakcie rozmowy argumentowałam, że nie tylko znaczne ograniczenie ruchomości języka jest wskazaniem do frenotomii. Przypadek czteroletniego chłopca przekonał lekarza o możliwości znacznych problemów artykulacyjnych nawet w przypadku nieznacznego ograniczenia ruchomości języka. Swoje argumenty poparałam fotografiami Ostapiuk (2002, 148–152), które ukazują nienormalną realizację głosek przed frenotomią oraz realizację normalną po frenotomii wędzidełka języka. Okazało się, że lekarz jest bardzo chętny podjąć współpracę z logopedą, bo przecież »prawdziwe spotkanie może być konstruktywne, gdy z jednej strony zachowa się odrębność dyscyplin, z drugiej zaś nastąpi prawdziwa wymiana i zrozumienie. Zwróćmy jednak uwagę, że wzajemne zrozumienie oparte jest zawsze na wzajemnym poznaniu« (Pluta-Wojciechowska 2006, 19)» (s. 303). „Zastosowana u chłopca frenotomia wędzidełka języka umożliwiła ponowne, tym razem skuteczne podjęcie terapii logopedycznej, a moja współpraca z chirurgiem trwa do dziś i opiera się na wzajemnym zaufaniu. Przecięcie wędzidełka języka pozwoliło Bartkowi pokonać niektóre trudności, nie stało się jednak lekarstwem na wszystkie jego problemy w mowie” (Malicka 2011, 304).

międzydyscyplinarnej współpracy, specjaliści podejmowali różnorodne rodzaje aktywności (m.in. tworzyli wielospecjalistyczne gabinety, społecznościowe strony, fora, grupy przekazu/wymiany informacji w mediach, prowadzili pozaakademicką działalność edukacyjną: kursy, szkolenia, wykłady, webinaria). Wielu międzydyscyplinarnym działaniom zaczęła towarzyszyć obiecująca deklaracja „**holistycznego** podejścia do wędzidelka języka”³⁹.

Wydawać się mogło, że tak pojmowana współpraca automatycznie będzie prowadziła do wygaśnięcia wcześniejszych sporów, że zainicjuje proces uzgadniania teoretycznych i metodologicznych założeń, które staną u podstaw wspólnych, wielowątkowych badań nad ankyloglosją, zmierzających do budowania całościowej koncepcji złożonej problematyki ankyloglosyjnej. Czy tak się stało? Czy jest raczej wręcz przeciwnie: im więcej logopedów, lekarzy (różnych specjalności), lekarzy dentystów, położnych, od niedawna też fizjoterapeutów, dołącza do grona „przecinaczy wędzidełek”, tym więcej spornych kwestii (m.in. o to, czy wędzidelko jest / nie jest krótkie? jak to ustalić? czym, kiedy, jak, ile razy je ciąć? zszywać ranę czy nie? masować czy nie? jak, jak często? ile jest typów wędzidełek? itp.; w tym sporo głosów typu „wiem lepiej”), tym więcej wariantów opinii (o wędzidelku, o wskazaniach do zabiegu, o zabiegach, zwłaszcza o sposobach postępowania przed i po zabiegu). O różnicach w podejściu specjalistów do wędzidelka języka w praktyce i rodzajach wewnątrz- i międzydyscyplinarnych sporów dowiadujemy się z rozmaitych rodzajów ich aktywności i rozmaitych form przekazów, które zamieszczają w medialnej przestrzeni, inicjując jakiś ankyloglosyj-

³⁹ Tymczasem określenie „holistyczne podejście” nie oznacza wspólnej, międzydyscyplinarnej koncepcji diagnostyczno-terapeutycznej. Można je uznać raczej za wyraz rodzącej się świadomości, że omawiana problematyka jest „holistyczna” i „holistycznego podejścia” wymaga. Obecnie „holistyczne podejście” funkcjonuje jako rodzaj anonsu, deklaracji informującej o wspólnie prowadzonych działaniach lekarza z logopedą w praktyce, albo rodzaj promocyjnej zachęty, która „dopasowana” jest do tej „nowej” świadomości odbiorców, ale obiecuje więcej niż daje. Na przykład: fizjoterapeutka, logopedka, studentka osteopatii oferuje 2,5 godzinne omówienie 19 zagadnień na szkoleniu pt. *Holistyczne podejście do zaburzeń logopedycznych i stomatologicznych u osób dorosłych*.

Źródło: <https://teczka-logopedy.pl/kursy/szkoleniateczka/bezkategorii/holistyczne-podejscie-do-zaburzen-logopedycznych-i-stomatologicznych-u-osob-doroslych-modul-iii-dorosli-15-12-2022-szkolenie-na-zywo-certyfikat-nagranie-szkolenia/>.

Nie sposób też uwierzyć w „holistyczne podejście” innej autorki, której zachęta do udziału w *projekcie Naucz się pracować z wędzidelkami*, anonsowana jest hasłem „4 objawy ankyloglosji. Czy znasz je?” i następującym opisem sposobu ich poznania: *Skoro mówi się „krótkie wędzidelko”, to ja szukałam u pacjenta tej „krótkości”. Na szczęście zaczęłam nabudowywać swoją wiedzę. Poznałam nowe perspektywy i przede wszystkim – nauczyłam się p(a)trzeć holistycznie. W dzisiejszym wpisie przedstawiam Ci jak patrzeć na objawy, aby stały się one całością. To całościowe patrzywanie jest bardzo ważne.*

Źródło: <https://logopedaradzibielsko.pl/4-objawy-ankyloglosji-czy-znasz-je/>

ny temat, relacjonując przypadek, pytając o wybrany aspekt, wątek, szczegół, komentując wpisy, udzielając porad, zapraszając na webinary, szkolenia, m.in. na stronach internetowych, w blogach, postach, podcastach, filmach, tworząc także tematyczne opracowania (broszury, książki) dostępne w tradycyjnej (papierowej) lub elektronicznej postaci (np. pdf). Niestety, „lekarze, logopedzi i inni specjaliści”, głosząc swoje sądy o faktach (i kwestionując sądy o faktach) na medialnej scenie, także na konkretnych przykładach ilustrowanych fotografiami języków, znacznie częściej się odwołują do własnych, niekiedy bardzo cennych, ale wybiórczych i jednostronnych (wręcz stronniczych) „obserwacji w praktyce” niż do nauki, czego wymownym świadectwem jest nieznamość literatury poświęconej ankyloglosyjnej problematyce, nawet tej, która dostępna jest w Internecie (jednym z drugorzędnych drobiazgów jest brak dbałości o podstawową terminologię, m.in.: „wędzidelko podjęzykowe”⁴⁰ zamiast „wędzidelko języka”, „frenotomia podjęzykowa”⁴¹ zamiast „frenotomia języka”). Zaskakujące, że głoszonej potrzebie, wręcz konieczności, ścisłej, wielospecjalistycznej – nawet holistycznej – współpracy towarzyszy skłonność do preferowania swojego „jedno-wąsko-specjalistycznego spojrzenia” na złożoną problematykę ankyloglosyjną i pochodnego marginalizowania, a nawet kwestionowania, niepoznanych „innych punktów widzenia”, zwłaszcza przesłanek, które za nimi stoją.

O NIEROZWIAZANYCH (NIEROZWIAZYWANYCH) PROBLEMACH I SPORACH

Lista kwestii, o które ciągle spierają się specjaliści (logopedzi z lekarzami, jedni i drudzy między sobą) oraz, dołączający swoje opinie pacjenci, jest bardzo długa. Otwiera ją spór o związek między krótkim wędzidelkiem a wymową.

1. O wymowie i (nie)kompetencjach w ocenie jakości wymowy

⁴⁰ Nawet wtedy, gdy przywołuje się publikacje autorów piszących o **wędzidelku języka**. Grupa Luxmed opublikowała w Internecie anonimowy artykuł pt. *Skrócone wędzidelko podjęzykowe – konsekwencje i metody leczenia*, opracowany – jak czytamy – na podstawie trzech źródeł. Jednym z nich jest artykuł D. Pluty-Wojciechowskiej i B. Sambor pt. *O różnych typach skróconych wędzidełek języka, ich ocenie i interpretacji wyników badań w logopedii* („Logopedia” 2016, nr 45, 123–155). Źródło: <https://www.luxmed.pl/dla-pacjenta/artykuly-i-poradniki/skrocone-wedzidelko-podjazykowe-konsekwencje-i-metody-leczenia>; brak daty opublikowania, data dostępu: 15 grudnia 2022.

⁴¹ Cytat z opracowania *Konsekwencje rozwojowych ograniczeń dynamiki języka spowodowanych ankyloglosją u noworodków i niemowląt*. „Badanie prospektywne Baxter’a dotyczyło frenotomii **podjęzykowej** przeprowadzonej przy użyciu lasera, a następnie terapii miofunkcjonalnej” (Dombrowska-Pali, Plata 2022, 20).

„**Krótkie wędzidelko? Przecież tak pięknie mówi!**” to tytuł jednego z postów na Facebooku z 2021 roku⁴², który wymownie i syntetycznie wskazuje istotę nieporozumień i obrazuje emocje towarzyszące między- i wewnątrzdiscyplinarnym sporom wokół problemu „ankyloglosja a wymowa”. W ostatnich latach spór o wymowę – kluczowy, gdyż *de facto* opinia w tej kwestii stanowi podstawę decyzji o wykonaniu lub odmowie wykonania zabiegu – nie tylko nie gaśnie, ale przybiera na sile. Do typowych i częstych w praktyce należą sytuacje, gdy jedni specjaliści z powodu „nieprawidłowej wymowy” zalecają frenotomię języka (lub inny rodzaj zabiegu), a drudzy – u tej samej osoby – ją wykluczają z powodu... „prawidłowej wymowy”. Jedni i drudzy są przekonani o własnej racji. Czy jedna racja wyklucza drugą? Spróbujmy zrozumieć, dlaczego powstają i na czym polegają nieporozumienia.

Szczególnie zaskakujące jest, gdy spór dotyczy znacznej ankyloglosji (takiej, jak na rycinie 1), która – z fonetycznego i logopedycznego punktu widzenia – *a priori* wyklucza tworzenie niektórych pozycji i ruchów języka w artykulacji. Przykładem, który ma służyć jako „dowód” podważający tę regułę jest nastolatek ze znaczną ankyloglosją przedstawiony w poście lekarza w 2022 roku. Wpis opatrzony wymownym tytułem: *ANKYLOGLOSJA, tym razem na spokojnie*⁴³ (edytowany po opublikowaniu), wywołał jednak spore zamieszanie (40 komentarzy, 30 udostępnień, 79 polubień). Autor najpierw stwierdza:

Im wcześniej rozwiąże się problem ankyloglosji, **tym lepiej**. To nie ulega wątpliwości. Złotym standardem powinna być frenotomia w pierwszych 4 tygodniach życia. Na szczęście świadomość wśród lekarzy i rodziców rośnie.

Następnie wpływ wędzidelka na zgryz i wymowę kwestionuje, pisząc:

Nieprawdą jest, że każdy nieleczony przypadek ankyloglosji warunkuje problemy w przyszłości, np. wadę zgryzu lub poważną wad(ę) wymowy. Język stanowi element złożonej układanki. Za samą koordynację połykania i oddychania odpowiada kompleks ponad 50 mięśni!

czego dowodzić ma przedstawiony

Na zdjęciu język nastolatka z ankyloglosją całkowitą [mniej więcej taką, jak na rycinie 3c – B.O.],

u którego – jak Lekarz podaje – stwierdzono

⁴² Źródło: <https://www.facebook.com/1860421244047594/photos/a.1912765798813138/4308554265900934/> z 17 września 2021 roku; dostęp 10.12. 2022 r.

⁴³ Post *Ankyloglosja, tym razem na spokojnie* zamieszczony na Facebooku na stronie *Ankyloglosja* 28 lipca 2022 roku. <https://www.facebook.com/102508985259102/photos/a.155728766603790/430231859153478/> (dostęp 10 listopada 2022)

W wywiadzie wyłącznie trudności w karmieniu piersią. W badaniu klinicznym zgryz prawidłowy, drobne stłoczenia pochodzenia zerowego, brak TMD, logopedycznie bez istotnych zaburzeń (edit: nie stwierdzono ich na przestrzeni lat i konsultacji logopedycznych)⁴⁴.

Jednak kieruje pacjenta...

... do przygotowania przez nowego logopedę do zabiegu miofrenuloplastyki,

z powodu jego innego, a nie logopedycznego, problemu:

Czy widzę wskazania do zabiegu? Oczywiście! Język ma też **inne zastosowania, nie zapominajmy o tym.**

Ocena wymowy („bez istotnych zaburzeń”) wywołała w pełni zrozumiałą reakcję logopedów (niektórzy mogą mieć inne zdanie – tak mogło być w przypadku przywołanych w poście wcześniejszych konsultacji logopedycznych, wykluczających wadę wymowy, co skłania zarazem do pytania: jaki, jeśli nie „wymowa”, był ich powód?). Jedna z logopedek docieka:

Zastanawia mnie stwierdzenie „logopedycznie bez istotnych zaburzeń”. Czy jest to diagnoza logopedy/neurologopedy? Dysfunkcja połykania, brak możliwości stworzenia normatywnej pozycji wertykalno-horyzontalnej, co skutkuje nieprawidłową realizacją głosek (często dla „zwykłego śmiertelnika” niezauważalne), są przedmiotem naszych zainteresowań. My naprawdę nie jesteśmy jedynie paniami od R. I to w naszych kompetencjach jest ocena i diagnoza „logopedycznych zaburzeń”. **To, że coś jest niedostrzeżone, nie znaczy, że nie istnieje,** do **NORMATYWNEJ** realizacji głosek w języku polskim potrzebna jest prawidłowa pozycja języka – zatem! **Z takim wędzidelkiem wada jest** i trzeba ją korygować, zaczynając od zabiegu frenotomii, wykonanym właściwymi rękoma.

Autor wyjaśnia:

... pisząc o istotnych zaburzeniach logopedycznych miałem na myśli wadę wymowy, której u pacjenta nie zdiagnozowano przez tyle lat, a odwiedzał gabinety logope-

⁴⁴ W 1985 roku William N. Williams (stomatolog) i Claire M. Waldron (specjalistka w zakresie zaburzeń mowy) w artykule pt. *Assessment of lingual function when ankyloglossia (tongue-tie) is suspected* przedstawili bliźniaczy przypadek 11-latka ze znaczną ankyloglosją (zilustrowaną na fotografii), twierdząc, że nie ma on zaburzeń mowy: *However, condition of ankyloglossia is rarely so severe as to create a speech articulation disorder. For example, Figure 3 shows an 11-year-old male with an obvious, extreme anterior frenulum attachment. However, this individual has no oral motor or speech disorder* (pol. *Jednak stan ankyloglosji rzadko jest tak ciężki, aby stworzyć zaburzenie artykulacji mowy. Na przykład Rycina 3 przedstawia 11-letniego chłopca z wyraźnym, skrajnym przyczepem wędzidelka przedniego. Jednak ta osoba nie ma zaburzeń motorycznych ani mowy* (Williams, Waldron 1985, 356).

dyczne. Rzeczywiście źle to zabrzmiało i muszę zmienić treść posta. **Chciałem skierować uwagę na konieczność uwolnienia języka** w takich przypadkach, **nawet jak nie ma innych zaburzeń...**

Na końcu, w poczuciu „krzywdy”, wytyka logopedom:

... **jak zwykle zostałem zalany logopedyczną falą nieporozumienia.**

I jeszcze kilka fragmentów, które nie prowadzą do wyjaśnienia spornej kwestii, lecz ją gmatwiają. Wiele mówią o tym, że quasi-merytoryczne potyczki wiodą donikąd. Nie służą wyjaśnianiu merytorycznych zawiłości, które pozostają niewyjaśnione, prowadząc do następnych sporów (pełnych emocji górujących nad racjami).

Logopedka:

„**logopedyczna fala nieporozumienia**” również brzmi dość pejoratywnie. My nie chcemy klepania po plecach! **My chcemy, żeby nasz głos w tej dyskusji też się dla Pana Doktora liczył.** Przykro widzieć takie przypadki, bo ewidentnie pacjent miał to nieszczęście trafić na kogoś niekompetentnego / mniej kompetentnego / mało doświadczonego... I rozumiemy, dlaczego w takich sytuacjach traci się zaufanie do całego specjalistycznego grona (po drodze przecież był jakiś pediatra, laryngolog, stomatolog...). Ale **założenie, że ankyloglosia nie powoduje wady wymowy** w szerokim aspekcie **jest błędne** – bo dla nas jakoś tej artykulacji to sens życia, ja mam szczęście współpracować z chirurgiem, który widzi, czuje i rozumie, ale to też lata współpracy za nami. Dlatego jeszcze raz **apeluję, żeby omawiać te niejednoznaczne przypadki, bo za często my widzimy, a operator nie...**

Lekarz:

pacjent nie miał szczęścia do specjalistów, **ale nie wymieniła Pani logopedy.** U takiego specjalisty też był, **dlatego o tym napisałem,** co było dla mnie nie lada zaskoczeniem. Po konsultacji skierowałem do odpowiedniej osoby z doświadczeniem, aby przygotował(a) do zabiegu. **Nigdzie nie ma wniosków, że ankyloglosja nie powoduje wad wymowy.** Napisałem, że nie każdy przypadek warunkuje **poważne wady wymowy.** To, że odbywają się one kosztem kompensacji to materiał na zupełnie inny post.

Logopedka:

to „kogoś niekompetentnego / mniej doświadczonego” **odnosiło się do nas** – logo/ neurologopedów. Bijemy się w piersi przy każdym takim przypadku, bo z każdą taką akcją tracimy w Waszych oczach zaufanie. W lekarskim środowisku jest podobnie...

Lekarz:

w każdym zawodzie, w każdej dziedzinie spotykamy się z niekompetencją, ale gdzie byśmy byli gdyby nie nasze błędy. Post by nie powstał, gdyby dziecko otrzymało pomoc w szpitalu po urodzeniu lub w pierwszych tygodniach życia, gdy mama miała trudności w KP. **Kto zawinił? Dobrze wiemy,** bo wciąż takie przypadki się powtarzają. Na szczęście jest ich coraz mniej.

Z analizy treści wynika, że jądrem tego sporu jest określenie „wada wymowy”. W ujęciu lekarza „wada” jest tylko „poważna wada wymowy”:

Nigdzie nie ma wniosków, że ankyloglosja powoduje wad wymowy. **Napisałem, że nie każdy przypadek warunkuje poważne wady wymowy.** To, że odbywają się one **kosztem kompensacji** to materiał na zupełnie inny post.

Spróbujmy ustalić, dlaczego międzydyscyplinarna dyskusja o wymowie u nastolatka ze znaczną ankyloglosją wzbudziła tyle emocji. Zaczniemy od tego, że – w tym i lawinie innych podobnych przypadków w medialnej przestrzeni – strony nie dostrzegają, że używając tych samych słów, wiążą je z inną treścią. Słowa lekarza, których użył, opisując wymowę nastolatka ze znaczną ankyloglosją („bez **poważnych** / bez **istotnych** zaburzeń logopedycznych”) stanowiły zapalną iskrę sporu. W kontekście twierdzenia: „Nieprawdą jest, że każdy nieleczony przypadek ankyloglosji warunkuje problemy w przyszłości, np. wadę zgryzu lub poważną wadę wymowy”, znaczyły że lekarz wymowę nastolatka uznał za „prawidłową”. Z logopedycznego punktu widzenia wymowa nastolatka nie ma prawa być „prawidłowa”, może być tylko „zbliżona do prawidłowej”, na co zwraca uwagę kilka osób zabierających głos w dyskusji, czasem z nutą ironii: „Chciałabym zobaczyć **miejsce i sposób** realizacji głosek [t, d, n, l] w przypadku **tego pacjenta**”. Z odpowiedzi lekarza: „miejsce realizacji głosek **nieprawidłowe, ale wymowa wyraźna**” wynika, że w jego ujęciu nawet, gdy miejsce artykulacji jest nieprawidłowe, wymowa jest „prawidłowa” (bo: jest „wyraźna”). Logopeda, który jakoś wymowy ocenia na podstawie faktów fonetycznych (o „nieprawidłowej” wymowie świadczy między innymi „nieprawidłowe miejsce artykulacji”), a nie wyłącznie na podstawie jej wyrazistości („niewyraźna” vs. „wyraźna”) nie może nie kwestionować argumentacji lekarza. Uznaje ją wręcz za diagnostyczne *credo* lekarza, który utożsamiając wyraźną wymowę z prawidłową, **przecięcie wędzidelka** z powodu wymowy **akceptuje tylko wtedy, gdy wymowa „nie jest wyraźna”**. Na marginesie dodajmy, że są logopedzi, którzy widzą sprawę podobnie⁴⁵.

⁴⁵ Wewnątrzdyscyplinarne różnice w podejściu do kwestii „wędzidelko a wymowa” (zob. przypis 18) dodatkowo komplikują budowanie porozumienia w wymiarze międzydyscyplinarnym. Oto przykłady z Facebooka w grupie *LOGOPEDIA-terapia zaburzeń mowy: Nawet jak krótkie wędzidelko, ale wymowa dobra to też nie ma sensu podcinać – znam takie przypadki; Na studiach miałam koleżankę, która prawidłowo wymawiała „r” mimo skróconego wędzidelka*. O dużym zainteresowaniu logopedów związkiem między wędzidelkiem a wymową oraz istniejącym zróżnicowaniem w podejściu do tego problemu świadczyć mogą odpowiedzi na postawione w innym z postów w tej grupie pytanie: *Czy krótkie wędzidelko zawsze da wadę wymowy u dziecka. Podaję kilka z 52 głosów: Nieznaczne skrócenie nie musi powodować wady wymowy; Nie zawsze daje wadę wymowy; Ja na swoim przypadku mogę powiedzieć że mam krótkie wędzidelko, ale wady wymowy nie mam; Ja mam*

Zwróćmy jeszcze uwagę na inne niekonsekwencje. Najpierw wyraźną wymowę nastolatka lekarz przedstawia jako dowód twierdzenia, iż: „Nieprawdą jest, że każdy nieleczony przypadek ankyloglosji warunkuje problemy w przyszłości”. Później zaś, gdy rozgorzała dyskusja o wymowie, okazuje się, że o wymowie pisał z innego powodu: „**Chciałem skierować uwagę na konieczność uwolnienia języka** w takich przypadkach, **nawet jak nie ma innych zaburzeń** (dodając z niezadowoleniem: „ale jak zwykle zostałem zalany logopedyczną falą nieporozumienia”). Trudno to wyjaśnienie wziąć za dobrą monetę, jest bowiem oczywiste, że w każdym przypadku, w każdym wieku decyzja o „uwolnieniu języka” z powodu „jakiegoś jednego zaburzenia” **nie wymaga wykluczenia „innych zaburzeń”** (bez względu na to, czy one są, czy ich nie ma, nawet wtedy, gdy się wydaje, że ich nie ma)⁴⁶. Notabene, ten „inny” **ankyloglosyjny problem** nastolatka (opisany zawile i tajemniczo: „Czy widzę wskazania do zabiegu? Oczywiście! Język ma też inne zastosowania, nie zapominajmy o tym”), podważa początkowe twierdzenie: „Nieprawdą jest, że każdy nieleczony przypadek ankyloglosji **warunkuje problemy** w przyszłości”⁴⁷. Na marginesie dodajmy: gdyby – w ramach zapobiegania skutkom ankyloglosji (o czym mowa w następnej części tekstu o profilaktyce) – w pierwszych dniach życia nastolatka wykonano zabieg, nie byłoby żadnego „wskaza-

nico skrócone i nie dość że nie mam żadnej wady, to jeszcze jestem logopedą; Ja dzisiaj miałam w gabinecie na konsultacji dorosłą osobę. Wędzidło skrócone w stopniu niewielkim, przednie. Artykulacja w ocenie audytywnej prawidłowa. Ale... infantylne polykanie, brak pionizacji, problemy ze stawem żuchwowym, wada zgryzu; Widziałam osobę dorosłą z bardzo krótkim wędzidelkiem, która miała wymowę ZBLIŻONĄ do poprawnej, ale tylko zbliżoną. Jeżeli to kogoś zadawała....

⁴⁶ Przypadek nastolatka potwierdza związek ankyloglosji z ankyloglosyjnym problemem. O ile mi wiadomo, dotychczas nie przedstawiono przypadku znacznej ankyloglosji bez ankyloglosyjnego problemu.

⁴⁷ Jedna z uczestniczek retorycznie komentuje tę niekonsekwencję, pytając: „**skoro nie ma «innych zaburzeń», to po co ciąć**”. Lekarz opacznie odbiera jej słowa, pisząc z przekąsem: *widzę, że kolejna osoba nie zrozumiała posta. Nastolatek sam zgłosił się bo chciał uwolnić język. Jest jeszcze jeden ważny aspekt, o którym się nie mówi. Więcej wyobraźni.* Jej riposta zawiera nie tylko wyjaśnienie, że wie, o jaki „ważny aspekt, o którym się nie mówi” lekarz wziął pod uwagę (*wyobraźnię mam bogatą i znam kogoś kto naderwał sobie wędzidelko na randce*), ale także (zasłużoną) reprimendę: *post trzeba formułować tak, aby był zgodny ze stanem rzeczywistym. Trzeba napisać wada zgryzu, kompensacje i wada wymowy to nie jedyny problem związany z ankyloglosją. Wtedy nikt się nie irytuje, bo nie musi pamiętać, że »ankyloglosja jest na 17 miejscu w etiologii wad wymowy«. Wówczas post ma inny wydźwięk i pozostawia mnóstwo pola do dyskusji o szeroko pojętej funkcji.* Dlaczego lekarz tak zagmatwał przekaz o „emocjonalnych i seksualnych aspektach stanu przyrośnięcia języka” (Ketty, Sciuillo 1974, 43; zob. też: Williams, Waldron 1985; Warden 1991; Sioda 207, 2012; Khurshid, Mattoo, Nagaraj, Anchal 2014), rzadko w literaturze wymienianych i omawianych? Dlaczego nie wziął pod uwagę, że nie wszystkim mogą być znane? Czy, zaskakując odbiorców, chciał „zrobić wrażenie”?

nia” do zabiegu. Nie byłoby (znacznej) ankyloglosji. Nie byłoby także tego posta, co lekarz zaznaczył. Do porozumienia w kwestii wymowy jednak nie doszło – lekarz do końca dyskusji kontrował głosy oponentów, nie przyjmując, że „nie każda wyraźna wymowa jest prawidłowa”, do końca utrzymywał, że jego argumentacja jest słuszna, a oponenti są w błędzie⁴⁸. Wchodząc śmiało na „nie swoje” pole uruchomił serię nieporozumień⁴⁹, choć – przedstawiając „inny” problem nastolatka jako wskazanie do zabiegu – problem „wymowy” mógł zupełnie pominąć. Post dowiódł, że droga do „holistycznego podejścia” w sprawie krótkiego wędzidełka jest wyboista, a jednym z kamieni, o który nadal się potykamy jest „wymowa”.

Nie dzieląc opinii lekarza w sprawie wymowy, spróbujmy spojrzeć jego oczami, spróbujmy zrozumieć, co leży u podstaw jego, niespecjalistycznego, punktu widzenia. Przyjmując, że „krótkie wędzidełko ogranicza artykulacyjną swobodę języka”, postawmy kilka pytań: czy – widząc tak krótkie wędzidełko – spodziewamy się, że usłyszymy: wymowę wyraźną czy raczej niewyraźną? czy – słysząc wyraźną wymowę – spodziewamy się, że zobaczymy: prawidłowe czy aż tak krótkie wędzidełko? Czy wyraźna wymowa nastolatka z tak krótkim wędzidełkiem jest zaskakująca? Oczywiście jest! Dlaczego? – bo „wydaje się” (może się wydawać!), że aż tak krótkie wędzidełko i wyraźna wymowa wzajemnie się wykluczają. Z jeszcze większym zaskoczeniem reagujemy, gdy jest odwrotnie: wędzidełko tylko nieznacznie skrócone, a wymowa niewyraźna (wręcz, jak potocznie się mówi, „bełkotliwa”) – wydaje się niemożliwe, że z tak niewielkiej przeszkody wynikają tak duże skutki w wymowie. Powstaje zatem dylemat: jak jest naprawdę? Czy tak, jak się wydaje? Czy inaczej? To pytania ważne nie tylko w logopedycznej praktyce. Z odpowiedzi wynika wszak uzasadnienie decyzji w sprawie zabiegu: „przecinać czy nie

⁴⁸ Może uległ „zł u d z e n i u t r a f n o ś c i”. Kahneman zalicza je do tych złudzeń poznawczych, które „potrafią być bardziej uporczywe niż złudzenia optyczne” (Kahneman 2012, 179). „Działa tu potężna zasada «Istnieje tylko to, co widzisz». Nic nie poradzisz na to, że choć dane, którymi dysponujesz, są ograniczone, to jednak traktujesz je tak, jakby były pełne i wyczerpujące. Z dostępnych informacji budujesz najlepszą możliwą opowieść, a jeśli historia jest udana, zaczynasz w nią wierzyć. Paradoks polega na tym, że łatwiej skonstruować spójną opowieść, kiedy wiesz mało, czyli masz mniej kawałków, które trzeba dopasować do układanki. Nasze wygodne przekonanie, że świat jest logiczny i spójny, opiera się na solidnym fundamencie – naszej niemal nieograniczonej zdolności do ignorowania własnej ignorancji” (ibidem, s. 167).

⁴⁹ Bywa też *vice versa* – logopeda wkracza w kompetencje medyka. Na przykład na skierowaniu zawierającym fotografię języka pacjenta logopeda pisze do lekarza: „Proszę o wykonanie zabiegu techniką preparacji do miejsca zaznaczonego strzałką”. Notabene, w tej sprawie („co, jak, czym przecinać”) mamy do czynienia z wieloma konkurującymi ze sobą chirurgicznymi ofertami (anonsowanymi jako autorskie, lepsze niż inne), choć badań porównawczych w tym zakresie nie prowadzono.

przecinać?”. Odpowiedzi typu „rzadko, aczkolwiek, niekiedy, może, nie każde” nie rozwiązują problemu. Dla mnie, jako praktyka, nie były satysfakcjonujące. W 1995 roku podjęłam czteroletnie badania nad jakością wymowy⁵⁰ polskojęzycznych pacjentów z krótkim wędzidełkiem języka przed i po frenotomii języka, w których ustaliłam, że jakość głoskowych realizacji fonemów jest związana z (nieznaczna, średnią, znaczną) ankyloglosją w nieartykulacyjnych ruchach języka. Niezupełnie tak, jak – gdy patrzemy na wędzidełko – „się wydaje”, gdyż jakość wymowy zależy nie tylko od samego wędzidelka języka, ale – jednocześnie – od wielu innych czynników, które już w tekście sygnalizowałam, akcentując złożoność problematyki (nie wszystkie zostały dogłębnie zbadane). Między innymi od kompensacji, którą Autor omawianego postu słusznie przywołał. Ale to nie jest „materiał na zupełnie inny post”, jak napisał, lecz immanentny składnik problemu „wymowa a ankyloglosja” – pozwala bowiem (między innymi) wyjaśnić, dlaczego nastolatek ze znaczną ankyloglosją tworzy wyraźną wymowę, a szerzej rzecz ujmując: dlaczego jakość wymowy osób z jednakowo krótkim wędzidełkiem jest indywidualnie tak zróżnicowana.

Na 3. rycinie przedstawiam cztery głoskowe realizacje fonemu /l/ tej samej osoby. Według kryterium „rozumiałości wymowy” wszystkie są prawidłowe (w każdej dochodzi do pośrodkowej blokady i bocznego przepływu powietrza, który – jako cecha dystynktywna w polszczyźnie – stanowi o ich fonemowej wartości i pozwala je uznać za reprezentacje fonemu /l/). Według kryte-

⁵⁰ W badaniach prowadzonych w latach 1995–1999 oceniałam (przed i po frenotomii języka) jakość dźwiękowych realizacji 28 polskich fonemów spółgłoskowych (według sytemu B. Rocławskiego, 2005), wyróżniając – oprócz prawidłowych – trzy klasy wadliwych realizacji: nieznacznie, średnio, znacznie wadliwe oraz nieartykulacyjną ruchomość języka, wyróżniając – oprócz pełnej swobody ruchów – trzy stopnie ograniczenia: nieznaczne, średnie, znaczne. Ustaliłam, że niemal wszyscy z 95 badanych z ankyloglosją w każdej grupie wiekowej (do 4. roku życia, powyżej 4. do 7. roku życia, powyżej 7. do 14. roku życia, powyżej 14. roku życia) poprawnie realizują fonemy wargowe, a wadliwie – drżący fonem /t/. Większość, niezależnie od wieku, wadliwie realizuje fonemy przedniojęzykowo-dziąsłowe /sz, ż, cz, dź/, miękkie /ś, ź, ć, dź, ń, j/ i przedniojęzykowo-zębowe /s, z, c, dz/. Zależnie od wieku z kolei – im starsi, tym rzadziej – większość (91%) wadliwie realizuje /l/ (częstość z wiekiem maleje: 100%, 96%, 93%, 58%), mniej niż połowa (48%) – zębowe /t, d, n/ (częstość z wiekiem maleje: 64%, 60%, 30%, 33%), a nieliczni – wyłącznie młodszy – wargowo-zębowe /f, w/ (13% – częstość z wiekiem maleje: od 63% i 11% w młodszych grupach do 0% po 7. roku życia) oraz tylnojęzykowe /k, g, ch/ i labio-welarny /h/ (6% – częstość z wiekiem maleje: od 45% do 4. roku życia do 2% powyżej 4. roku życia i 0% po 7. roku życia), a korelacja jest statystycznie istotna (Ostapiuk 2000, 2013). U 95 badanych w okresie czterech lat badań zostały wykonane 152 frenotomie bez zszywania rany (najmniej w pierwszym, najwięcej w ostatnim roku), później wiele kolejnych. Wędzidełko przecinał (z wyjątkiem kilku) doktor Piotr Juskiewicz, chirurg dziecięcy, który jako pierwszy lekarz w mojej praktyce nie stwierdził „teraz się tego nie robi”, z czym się wcześniej wielokrotnie spotkałam. Analiza efektów pierwszych zabiegów pozwoliła ustalić, że frenotomia zwiększa zakres ruchów, ale nie zawsze pozwala uzyskać pełną swobodę ruchu (ryc. 2), co stanowiło zachętę do wykonania następnej frenotomii.

riów fonetycznych tylko w jednej realizacji blokada pośrodkowego przepływu powietrza jest prawidłowa: tworzy ją apikalna część szeroko rozłożonego języka zwierająca się z powierzchnią dziąsłową za górnymi siekaczami. Dziewczynka zaczęła tworzyć ją spontanicznie, niemal natychmiast po uwolnieniu języka w zabiegu frenotomii (inne wadliwe głoski były korygowane z pomocą logopedy). Każda z trzech pozostałych realizacji, które dziewczynka tworzyła przed frenotomią, jest wadliwa – w każdej z nich inna część języka „wyręcza” przód języka, kompensując ankyloglosyjne ograniczenie. Każda z nich, choć wadliwa, jest funkcjonalnie skuteczna: powstaje boczny przepływ powietrza, który lokuje głoskę w klasie fonemowej /l/.



Rycina 3. Zakres swobody ruchów języka przed frenotomią (a, b) oraz realizacje fonemu /t/ w sylabie /al/ przed (c, d, e) i po frenotomii języka (f)

Fot. Zbigniew Wróblewski. Ze zbiorów B. Ostapiuk.

Przeszkodą w budowaniu porozumienia między specjalistami, jak wynika z tej (i wielu podobnych) dyskusji, są nie tylko ich niejednakowe kompetencje, ukształtowane w toku odrębnego kształcenia zawodowego (medycznego, logopedycznego), ale też skłonność do przedkładania swoich kompetencji nad inne i brak gotowości do modyfikacji swojego punktu widzenia. Interesujący przypadek nastolatka ze znaczną ankyloglosją i wyraźną wymową był znakomitą okazją, by – biorąc pod uwagę interpretacyjne warianty oceny wymowy formułowane z perspektywy różnych dyscyplin – wyjaśniać, uczyć się od siebie, modyfikować swoje przekonania, poszerzać kompetencje. Stał się jednak przykładem dyskusji, w której dominuje przywiązanie do „swoich” racji i... „pouczanie”. Czy nie dlatego dyskusja nie przyniosła porozumienia?

Nie chodzi o to, by wszyscy nielogopedyczni specjaliści zgłębili logopedyczną wiedzę o wymowie osób z ankyloglosją, ale o to, by – zanim odrzucą logopedyczne zalecenia dlatego, że „nie pasują” do ich wyobrażeń – przyjęli, że w tej sprawie nie wszystko jest takie, jak „się wydaje”. Chodzi o to, by – zanim zakwestionują logopedyczne wskazania do frenotomii – zechcieli wziąć pod uwagę **nie tylko** to: że ankyloglosja może skutkować „poważną” lub „mniej poważną” wadą wymowy, **że** „wyraźna” wymowa nie znaczy „prawidłowa”, **że** „wyraźną” wymowę można tworzyć nawet wtedy, gdy ankyloglosja jest znaczna, a nieznaczna ankyloglosja może prowadzić do „poważnej wady wymowy” itd., **ale także**, żeby przyjęli, **że tak jest, gdyż** (jak wykazano w badaniach) o nasileniu wady wymowy osoby z krótkim wędzidełkiem decyduje nie tylko stopień ograniczenia swobody ruchów jej języka, ale także wiele innych czynników (m.in. jej wiek, zdolności słuchowo-ruchowo-czułowe, inne skutki ankyloglosji, determinacja w przewyciężaniu przeszkody, zakres możliwości kompensacyjnych).

Oprócz niejednakowego podejścia do oceny stanu wymowy (także w wymiarze wewnątrzdiscyplinarnym – zob. przypis 18) na spory w sprawie „przecinać czy nie przecinać?” wpływ mają także inne fakty, których – podejmując decyzję w kwestii zabiegu – nie bierze się pod uwagę. Po pierwsze ignoruje się fakt, że wpływ ankyloglosji na jakość wymowy wynika także z fonemowej struktury konkretnego języka i budowy artykulacyjnej głosek, które są w tym języku uznawane za „prawidłowe”. Niejednakowy rozmiar skutków ankyloglosji w poszczególnych językach wynika z ich niejednakowych fonemowo-fonetycznych wymagań: język hiszpański stawia aparatowi wymowy wyższe wymagania niż polski, a polski – wyższe niż angielski⁵¹. Oznacza to, że wykluczanie zabie-

⁵¹ Uzyskanie jakiejś „zastępczej”, nieprawidłowej fonetycznie, ale fonemowo skutecznej, ponadkraniowej wibracji (tzw. deformacji) w realizacji jedynego fonemu drżącego (/r/) w języku

gu u polskojęzycznego (tym bardziej hiszpańskojęzycznego) pacjenta z ankyloglosją na podstawie uogólnionych opinii o anglojęzycznej wymowie osób z ankyloglosją jest bezpodstawne. Po drugie: pomija się fakt, iż rozmiar skutków ankyloglosji zależy także od rodzaju zadania wykonywanego z udziałem języka: oceniając zasadność przecięcia krótkiego wędzidełka należy zatem wziąć pod uwagę skutki działania dysfunkcyjnego języka w każdym zadaniu, nie pomijając zwłaszcza tej złożonej czynności, która stawia językowi najwyższe wymagania, czyli artykulacji. Rozważając zasadność frenotomii języka u noworodka, pamiętać należy o zawiłych związkach anatomiczno-funkcjonalnych między różnymi czynnościami w toku rozwoju: pozornie niezwiązane z mową czynności prymarne (w tym pokarmowe), stanowią bowiem (wraz z wieloma innymi czynnikami) podłoże złożonych czynności oddechowo-fonacyjno-artykulacyjnych. Krótkie wędzidełko języka wpływa na wymowę już wtedy, gdy dziecko jeszcze nie mówi, jest przeszkodą już na przedjęzykowym etapie rozwoju mowy. Można przypuszczać, że ankyloglosja różnicuje parametry akustyczne niejęzykowych (prejęzykowych) – biologicznie zdeterminowanych – dźwięków, które poprzedzają artykulację: począwszy od krzyku i płaczu po głuzenie, z którego wywodzi się gaworzenie, przekształcane następnie w – kulturowo zdeterminowane – dźwięki mowy języka otoczenia dziecka, czego, o ile mi wiadomo, jeszcze nie badano. Jeśli przyjmiemy, że ankyloglosja wpływa na przedjęzykową dźwiękotwórczą aktywność dziecka, a nic nie przemawia za tym, by to wykluczyć, rezygnacja z frenotomii języka u noworodka z ankyloglosją jest rezygnacją z profilaktyki (pomijam dyskusyjne przypadki).

2. O profilaktyce. Diagnoza bez prognozy?

„Kiedy przecinać krótkie wędzidełko języka?” to jedno z pytań, które dotyczy prognostycznego aspektu ankyloglosji. Przed laty, gdy zainteresowanie wędzidełkiem budziło jeszcze zdziwienie, logopedki właśnie o to najczęściej dopytywały – odpowiadałam: „kiedy się wie, że jest krótkie”. Gdy dociekały: „kiedy najlepiej?, czy już u noworodka? czy dopiero po wyrośnięciu zębów?”,

polskim jest łatwiejsze niż w języku hiszpańskim, w którym są dwa fonemy drżące, co *a priori* wiąże się z wyższym ryzykiem tworzenia fonemowo nieskutecznych realizacji (tzw. substytucji). Znacznie mniejsze ryzyko dotyczy z kolei realizacji angielskiego fonemu /r/ – są artykulacyjnie łatwiejsze niż polskie. Ankyloglosja nie uniemożliwia tworzenia głosek, ale utrudnia tworzenie prawidłowych głosek (co może opóźnić kształtowanie artykulacji w toku rozwoju). Im większe ograniczenia ruchomości języka i im większą rolę odgrywa pełna swoboda ruchów języka w prawidłowym fonetyczno-fonemowym różnicowaniu głosek w danym języku, tym mniejsze możliwości kompensacyjne i – tym samym – większe skutki ankyloglosji.

„od razu, czy dopiero, gdy nie ma efektów w terapii?”⁵², a także: „d o kiedy można je przecinać?” itp. – wystrzając sens merytorycznych przesłanek ważących na decyzji w sprawie zabiegu – odpowiadałam: „z punktu widzenia rozwoju artykulacji najlepiej byłoby prenatalnie, bo każdy prenatalny ruch języka jest naturalnym treningiem przedartykulacyjnym”, co jednak z oczywistych powodów jest wykluczone, pozostaje więc wariant: „jeśli są wskazania, tak szybko, jak to jest możliwe”, dodając, że ostateczna decyzja należy do lekarza, który uwzględni przeciwwskazania do zabiegu⁵³.

Ujawniający się w pierwszych dniach życia „problem laktacyjny” jest jednym z wielu (możliwych) skutków ankyloglosji, i – zarazem – jedynym, któremu się nie da zapobiec. Wczesna frenotomia języka jest z kolei jedynym działaniem, które może innym, późniejszym następstwem ankyloglosji zapobiec (pomijam niejednoznaczne, dyskusyjne przypadki, które mogą wymagać szczególnego namysłu specjalistów). Nie będzie przesadą, gdy – patrząc z logopedycznego punktu widzenia – powiemy, że od podejścia do ankyloglosji i frenotomii języka u noworodka w znacznej mierze zależy wystąpienie „ankyloglosyjnego problemu z artykulacją”. Z tego właśnie powodu ogłoszone przez Centrum Nauki o Laktacji w 2012 roku „nowe” podejście środowiska laktacyjnego do frenotomii języka u noworodka logopedzi przyjęli z radością⁵⁴ (o czym pisałam w części *O początkach powrotu do przecinania krótkiego wędzidelka języka*). Niebawem okazało się, że ówczesna deklaracja CNoL (m.in.: „krótkie wędzidelko jest barierą, którą można i trzeba pokonać” [Żukowska-Rubik 2012, 13]) odnosi się tylko do bieżącego problemu laktacyjnego (argument: „Nie każde skrócenie wędzidelka uniemożliwia skuteczne karmienie”⁵⁵ [Nehring-Gugulska, Żukowska-Rubik, Stobnicka-Stolarska 2014, 7]), a frenotomia jest akceptowana dopiero wtedy, gdy zawiodą niechirurgiczne działania (argument: „często skrócone

⁵² Przykłady odpowiedzi w piśmiennictwie: „W żadnym przypadku nie należy podcinać wędzidelka przed ukończeniem przez dziecko czterech lat, a wtedy też tylko w takim przypadku, kiedy język nie może być wystarczająco daleko wyciągany lub podnoszony” (Wallace 1963, 377); „Praktyka jednak dowodzi, jakkolwiek rzadko, potrzeby przywrócenia prawidłowej czynności języka przez przecięcie ewidentnie skróconego wędzidelka, nie wcześniej jednak niż po pełnym wyzniciu się siewaczy mlecznych” (Łazarkiewicz 1983, 67).

⁵³ Rzeczywiste przeciwwskazania, nie takie, jak w przytoczonym opisie: *Moja córka 12-miesięczna takie ma wędzidelko. Tyle razy byliśmy u chirurga. Ba, od 4 miesiąca chodzimy i żaden nie chciał wykonać zabiegu. Mam przyjąć, jak zacznie mówić i wg lekarzy to mój wymysł, a wszystko jest Ok.*

⁵⁴ Do owoców tej zmiany należy zaliczyć m.in. burzliwie się rozwijającą, spontaniczną, żywiołową współpracę obu grup zawodowych w praktyce i poszerzenie zakresu logopedycznej działalności profilaktycznej, której znaczenie podnoszono w logopedii od początku jej istnienia (Kaczmarek, Stecko).

⁵⁵ Ocenia się, że problem laktacyjny dotyczy 12,8%–44% noworodków z ankyloglosją (Żukowska-Rubik 2012, 13). Dane nie obejmują noworodków z nierozpoznaną ankyloglosją.

wędzidełko nie jest jedyną przyczyną” [Żukowska-Rubik, Jasińska, Raczek-Pakuła, Nehring-Gugulska, Castello-Rokicka 2019, 192]). Szczególnie zaskakujące jest przeświadczenie, że przywołane argumenty (same w sobie prawdziwe) usprawiedliwiają **wykluczenie** (lub **odroczenie**) **frenotomii u noworodka z ankyloglosją**. Nie można nie dociekać, dlaczego nie wzięto pod uwagę innego, równie prawdziwego, ważnego argumentu: „**Nie wszystkie dzieci karmione piersią mają prawidłowe wędzidełko języka**”⁵⁶ i – pomijając założenia, zasady, cele profilaktyki – zignorowano **późniejsze** (potencjalne) **skutki ankyloglosyjnej dysfunkcji języka**? dlaczego nie dostrzeżono, że **rezygnacja z wczesnego „uwolnienia języka” jest wręcz szkodliwa**? I dla pacjentów: noworodki z krótkim wędzidełkiem języka bez problemu laktacyjnego opuszczają szpital bez frenotomii z dysfunkcyjnym językiem⁵⁷, który swoimi ruchami i pozycjami w czynnościach prymarnych – jako narząd najbardziej dynamiczny – kształtuje nie tylko budowę twarzoczaszki, ale także harmonijne współdziałanie poszczególnych narządów w czynnościach sekundarnych w obrębie kompleksu ustno-twarzowego. I dla matek pacjentów: odroczenie pomocy wydłuża czas trwania ich dyskomfortu i niesie za sobą prawdopodobieństwo późniejszych trosk, związanych z usuwaniem skutków niezidentyfikowanej zawczasu, nieuwzględnionej dysfunkcji języka.

Oczywiste, że z tych (i innych) – nie tyle nierozstrzygniętych, co nierozstrzyganych w toku prawdziwej, merytorycznej dyskusji – rozbieżnych założeń diagnostycznych wynikają rozbieżne zalecenia w praktyce (logopeda, antycypując problemy artykulacyjne, zaleca frenotomię, doradca laktacyjny, przekonany o kompletności swych racji, wyklucza ją). A z nich – nieporozumienia i niegasnące, wręcz coraz gorętsze, spory między specja-

⁵⁶ Prowadząc badania nad dyslalią ankyloglosyjną sprawdzałam przy okazji, czy u osób z wadliwą wymową występował problem laktacyjny. Na podstawie wywiadu z matkami ustaliłam, że niektóre dzieci z krótkim wędzidełkiem języka (nawet takim, jak na ryc. 1) były karmione piersią (czasem nawet do drugiego roku życia), co pozostawało w sprzeczności z uznaniem ankyloglosji za przeszkodę w naturalnym karmieniu. Sprzeczność okazała się jednak pozorna: problem z karmieniem piersią nie występuje, gdy pokarm wypływa z piersi samoistnie, obficie (matki używały różnych określeń, np. „mleko płynęło, tryskało jak z kranu”), a dziecko może je połykać bez wysiłku, bez przezwyciężania przeszkody (czasem krztusząc się przy karmieniu).

⁵⁷ Na późniejsze następstwa narażone są zatem nie tylko noworodki z nierozpoznaną ankyloglosją, ale i noworodki z rozpoznaną ankyloglosją bez problemu laktacyjnego (zob. przypisy 55 i 56), gdyż – choć się dostrzega, iż „mechanizmy kompensujące powodują, że dziecko jest w stanie pobierać pokarm, ale funkcja ssania nie jest prawidłowa” i wiadomo, że „ma to wpływ na kształtowanie się dalszych funkcji aparatu oralnego (Ostapiuk 2006)”, to i tak w sytuacji, gdy „nie ma problemów z karmieniem” szala przechyliła się w stronę wątpliwości: opcja wykonania zabiegu „z założeniem, że zapobiegnie on późniejszym problemom z artykulacją”, prezentowana przez „wielu logopedów”, czyli „tzw. profilaktyczne podcinanie wędzidełek” jest uznawana za „stanowisko kontrowersyjne” (Żukowska-Rubik, Jasińska, Raczek-Pakuła, Nehring-Gugulska, Castello-Rokicka 2019, 193).

listami (także wewnątrzdiscyplinarne). Szczególnie zaostrzyły się na początku trzeciego dziesięciolecia XXI wieku, gdy CNoL dołączyło (tym razem) do grona radykalnych sceptyków, którzy na podstawie doniesień o „nadrozpoznaniach” w opracowaniach obcojęzycznych zaczęli frenotomię języka podważać. 6 grudnia 2021 roku poznaliśmy *Stanowisko CNoL w sprawie wskazań do podcinania wędzidelka języka (frenotomii) u noworodków i niemowląt w związku z narastającym problemem, jakim jest nadrozpoznawalność skróconego wędzidelka języka i ankyloglosji jako przyczyn problemów z karmieniem piersią oraz narażania niemowląt na nieuzasadnione zabiegi* (opracowane przez Monikę Żukowską-Rubik we współpracy z Magdaleną Nehring-Gugulską). CNoL – niepubliczna placówka edukacyjna, której statutowym celem jest m.in. „poszerzanie wiedzy w zakresie wszystkich dziedzin nauki związanych z ludzką laktacją” – pozostało przy swoim, zawężonym do „tu i teraz”, podejściu, zaosttrzając swoją opinię o (przeciwwskazaniach do frenotomii. W jednym z 12 punktów dokumentu stwierdza się: „Dopiero w przypadku braku poprawy przy prawidłowym postępowaniu zachowawczym u niemowlęcia z ankyloglosją podejmuje się decyzję o frenotomii”, dodając: *UWAGA: Nie leczy się wędzidelka, tylko rozwiązuje się problemy laktacyjne matki i dziecka* (Stanowisko CNoL, 2021, punkt 3) i, zobowiązując do przekazywania rodzicom, że *profilaktyczne podcinanie wędzidelka nie jest zalecane* (Stanowisko CNoL, 2021, punkt 12). W Podsumowaniu czytamy: *W przypadku dziecka z trudnościami w karmieniu nie wolno odstępować od porady laktacyjnej obejmującej wszystkie elementy. Wędzidelko języka jest małym fragmentem większej całości. Koncentrowanie uwagi specjalistów na wędzidelku języka wiąże się z ryzykiem zaniedbania innych problemów zdrowotnych matki i dziecka i niejednokrotnie opóźnia podjęcie właściwej terapii.* W innym punkcie, antycypując sprzeciw, stawia się retoryczne pytanie: *Frenotomia jako profilaktyka?* i stanowczo, *en bloc*, taki pomysł potępia, twierdząc: *Profilaktyczne podcinanie wędzidelka nie jest zalecane przez ekspertów. Dlaczego? Dlatego, że: Na podstawie przeprowadzonych badań nie ma możliwości wyciągnięcia wniosków o wpływie frenotomii na rozwój wymowy* (SR Visconti 2020⁵⁸), *ponieważ badania prowadzono na małych grupach, bez obiektywnych narzędzi i bez ran-*

⁵⁸ W nawiasie podano 2020 rok, co chyba jest pomyłką, gdyż w bibliografii jedyną publikacją Visconti jest współautorski artykuł z 2021 roku: Visconti A., Emily Hayes E., Kristen Ely K., Scarborough D.R., *A systematic review: The effects of frenotomy on breastfeeding and speech in children with ankyloglossia* (pol. *Przegląd systematyczny: wpływ frenotomii na karmienie piersią i mowę u dzieci z ankyloglosją*). w: „International Journal of Speech-Language Pathology” 2021 Aug;23(4):349-358. Dostęp: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/17549507.2020.1849399>

domizacji”⁵⁹ (*Stanowisko CNoL*, 2021, punkt 11). Czyżby uznano, że z badań obarczonych takimi mankamentami metodologicznymi można wyciągać jakiegokolwiek wnioski o wpływie czegośkolwiek na cokolwiek? Czy, jeśli *nie ma możliwości wyciągnięcia wniosków o wpływie frenotomii na rozwój wymowy*, można wykluczać „istnienie wpływu frenotomii na rozwój wymowy”? Analizując załączone piśmiennictwo, nie można też nie zapytać, dlaczego anglojęzycznych badaczy problemu laktacyjnego uznano za ekspertów od polskojęzycznej dyslalii ankyloglosyjnej (badanej i opisanej w polskiej literaturze logopedycznej)? Notabene w piśmiennictwie przywołanym w *Stanowisku*... nie ma żadnej pracy badawczej, w której analizuje się związek między polskojęzyczną wymową a ankyloglosją (w bibliografii są tylko obcojęzyczne opracowania).

Nie jest też jasne, dlaczego wzrost liczby zabiegów interpretuje się jako „narastający problem **nad**rozpoznawalności skróconego wędzidełka”, a nie jako naturalną konsekwencję zmiany podejścia specjalistów do „ankyloglosyjnego problemu” w praktyce. Może „nadrozpoznawalność” jest tylko złudzeniem? O ile mi wiadomo, dotychczas nie przedstawiono udokumentowanego przypadku niezasadnego rozpoznania ankyloglosji i niezasadnej frenotomii języka. W dodatku – choć liczba nierozpoznanych przypadków ankyloglosji w ostatnich latach niewątpliwie zmalała (w wyniku zmiany podejścia specjalistów do wędzidełka) – ciągle jeszcze mamy do czynienia raczej z „problemem **nieroz**poznawalności” krótkiego wędzidełka języka niż z jego „**nad**rozpoznawalnością”, czego „żywymi dowodami” są pacjenci, którzy ciągle trafiają z nierozpoznaną wcześniej (jednoznaczną) ankyloglosją do logopedów, ortodontów i innych specjalistów (osobnym problemem są przypadki, które należą do „dyskusyjnych”). Nie można wykluczyć, że CNoL, bijąc na alarm, wzywając „do odwrotu”, przyczyni się do zwiększenia liczby „nierozpoznanych” („nieleczonych”) przypadków ankyloglosji w praktyce – do „starych” niejasności, które dezorientowały (i nadal dezorientują) praktyków niewnikających w rozmaite szczegóły, dorzucono – pozornie wiarygodne – „nowe”. Do dylematu: przecinać czy nie przecinać doszedł kolejny: narazić niemowlę na zabieg czy na skutki rezygnacji z zabiegu? Żywię jednak nadzieję, że stanowisko CNoL sta-

⁵⁹ Autorzy przywołanego przeglądu badań rzeczywiście nie „mieli możliwości wyciągnięcia wniosków o wpływie frenotomii na rozwój wymowy” i uważają tę kwestię za *niejednoznaczną ze względu na brak obiektywnych danych i jakości badań* (oryg. *Ankyloglossia release for children with speech delays is currently inconclusive due to lack of objective data and research quality*). W streszczeniu piszą, że tylko *dwa artykuły dotyczące zmian w wytwarzaniu mowy po frenotomii spełniły kryteria włączenia do analizy* (oryg. *two articles met the inclusion criteria for changes in speech production following a frenotomy*) (Visconti et al. 2021). Dodać trzeba, że nawet gdyby ta kwestia była jednoznaczna w odniesieniu do języka angielskiego, nie mogłaby być odnoszona do orzekania o związkach między ankyloglosją i wymową w języku polskim.

wiające kwestię frenotomii języka u noworodków i niemowląt na ostrzu noża zmobilizuje specjalistów do rzetelnej, rozważnej, merytorycznej, prawdziwie „holistycznej” dyskusji o wędzidelku języka, do takiego poszerzenia spojrzenia, które wykracza poza granice „szerokiego jedno-specjalistycznego spojrzenia” (o którym mowa w przypisie 61). Czy można dzisiaj uwierzyć, że „wędzidelko” to „maleńka część ciała”⁶⁰ (Żukowska-Rubik 2022), która stała się przedmiotem zainteresowania dlatego, iż jej „zrobiono skuteczną kampanię reklamową”⁶¹?, że „koncentrowanie uwagi specjalistów na wędzidelku języka”, które jest „maleńkim fragmentem większej całości”, rzeczywiście „wiąże się z ryzykiem zaniedbania innych problemów w zdrowotnych matki i dziecka”? (*Stanowisko CNoL*, 2021).

3. O nieholistycznym owocu „holistycznej współpracy” w „nowym spojrzeniu na wędzidelko języka”

Współczesne technologiczne możliwości sprawiają, że owoce współpracujących w praktyce specjalistów stały się łatwo dostępne. Oferta jest niezwykle obfita – jedni oferują webinary, szkolenia, kursy, inni wypowiadają się w tradycyjnej formie publikacji papierowej. W połowie ubiegłego roku Donata Oziemczuk (lekarz stomatolog), i Monika Owsianowska (neurologopeda) zaoferowały czytelnikom książkę *Nowe spojrzenie na wędzidelko języka u niemowląt i starszych dzieci*, informując na okładce, że jest ona „podsumowaniem **analizy klinicznej** opartej na latach pracy z noworodkami, niemowlętami i starszymi dziećmi” „u ponad dwóch tysięcy pacjentów”. Zaznaczają też, że „dzięki ścisłej współpracy lekarz – neurologopeda”, doszły do „niezwykle istotnych wniosków”. We *Wstępie* (s. 9–10) informują, że: „Wspólnie przeprowadzając wywiad z rodzica-

⁶⁰ To część tytułu wykładu Moniki Żukowskiej-Rubik: *Wędzidelko języka to maleńka część ciała*. *Stanowisko CNoL*, który opublikowano na You Tube 31.10.2022 [https://www.youtube.com/watch?v=yPSow9ge_TA]. Autorka od swego entuzjazmu sprzed 10 lat wyraźnie się w nim odżegnaje (wówczas, przekonując środowisko do frenotomii, wędzidelko opisywała jako *barierę, którą można i trzeba pokonać* [Żukowska-Rubik 2012, 13]), twierdząc stanowczo: *nadgorliwość neofitów dawno za nami. Doskonale wiemy, że w laktacji nie ma prostych rozwiązań (i szybkich) i wędzidelko nie jest głównym winowajcą, a frenotomia nie jest cudownym rozwiązaniem wszystkich problemów.*

⁶¹ W zaproszeniu do udziału w warsztacie pt. *Czy frenotomia rozwiąże wszystkie problemy?* opublikowanym 16 maja 2023 na facebookowej stronie CNoL czytamy: *Wędzidelko - maleńka część ciała, której zrobiono skuteczną kampanię reklamową. Każdy o nim słyszał. Niestety proces ssania jest bardziej skomplikowany i zależy od wielu innych czynników. Dr n med. Monika Żukowska-Rubik od wielu lat zgłębia ten temat od strony praktycznej i wyniosła naszą wiedzę na światowy poziom. Mgr Agnieszka Tokarz wspólnie opowiada o zawiłościach ssania. Obie pokażą nam przypadki z praktyki, które wymagały szerszego spojrzenia niż tylko zakrzyknięcia: wędzidelko! podciąć! Musicie wziąć udział w tym warsztacie!* <https://www.facebook.com/CentrumNaukioLaktacji/photos/a.528615067181565/6380151528694527/>

mi, wspólnie badając każdego pacjenta, wspólnie wykonując dokumentację fotograficzną, wspólnie, wnikliwie analizując każde zdjęcie pacjenta i wreszcie wspólnie omawiając przebieg zabiegu i jego efekty, codziennie prowadzą dyskusje i rewizje własnego postępowania medycznego”⁶² (s. 9). Niestety, w książce nie omawiają, czy (i czym) różniło się ich podejście do poszczególnych kwestii, jakie rodzaje wątpliwości w toku współpracy rozstrzygały w dyskusjach (jakich nie rozstrzygnęły), czy (jak) w wyniku współpracy zmieniały swój punkt widzenia, tworząc nowe, „wspólne spojrzenie”. I, najważniejsze, czego w kontekście tak mocno podkreślanego współdziałania nie można pominąć milczeniem: **dlaczego „rewizje własnego postępowania”** Autorki ograniczyły do jednego („**medycznego**”) aspektu, a z drugiego („**logopedycznego**”) zrezygnowały. Z jednej strony (pogrubiając czcionkę) podkreślają:

Sama ocena funkcji bez wnikliwej analizy warunków anatomicznych, może prowadzić do poważnego błędu diagnostycznego, a [...] sama ocena budowy anatomicznej języka i przestrzeni pod językiem, również nie stanowi podstawy do kwalifikacji do zabiegu chirurgicznego [podkreślenia: D.O., M.O.],

i z przekonaniem, *expressis verbis* konstatują:

Tylko kompleksowa ocena zarówno anatomii oraz funkcji, może prowadzić do właściwej diagnozy (s. 16, też s. 9, 45, 132; podkreślenia: D.O., M.O.).

Z drugiej jednak – stawiając notabene swe deklaracje o równoważności „anatomii i funkcji”, o całościowym, kompleksowym, holistycznym podejściu do wędzidełka języka we wspólnych działaniach (s. 10, 45, 131, 132, 134, 141) pod znakiem zapytania – **decydują, by**

Nie [...] omawiać niezwykle istotnych zagadnień dotyczących funkcji języka (s. 21, też s. 9).

Równie zaskakujący jest powód wyróżnienia **jednego** (medycznego) **z dwóch, równie ważnych**, punktów widzenia:

⁶² Te same słowa powracają do czytelnika w podrozdziale *Jak współpraca lekarz-logopeda wpływa na standard opieki okołozabiegowej* rozdziału *Medycznie uzasadnione postępowanie chirurgiczne* (s. 132–133). Autorki stwierdzają w nim: *Taki standard pracy pozwala nam na wzajemne uzupełnianie naszej wiedzy. Logopeda dysponuje szeroką wiedzą na temat funkcji języka, ich zaburzeń, możliwych terapii i zagadnień, które nie są tak oczywiste dla lekarza. Lekarz ocenia budowę anatomiczną i stan zdrowia jamy ustnej, analizuje również wskazania i przeciwwskazania medyczne, określa ryzyko ewentualnych powikłań i mając na uwadze fakt, że ponosi pełną odpowiedzialność za zabieg chirurgiczny, ostatecznie podejmuje decyzje o kwalifikacji pacjenta do wybranej procedury medycznej* (s. 133), nie wspominając o rezultatach „współpracy lekarz – logopeda”.

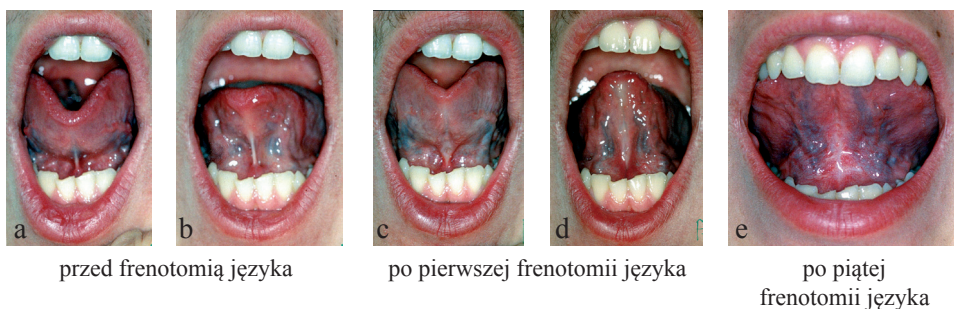
Przyjrzenie się różnorodności i złożoności anatomii jest kluczowe dla dalszej prawidłowej diagnostyki zaburzeń funkcji języka (s. 21; też s. 24).

Czytając deklaracje Auterek, spodziewałam się rozważań o **kluczowym**, wzbudzającym silne emocje w praktyce i literaturze, **problemie (nie)zgodności między specjalistami w ustalaniu wskazań do zabiegu**. O tym, że wymiana poglądów w codziennej współpracy pozwala zrozumieć **dłaczego, patrząc na „to samo” wędzidelko języka, jeden specjalista widzi wskazania do zabiegu, a inny go wyklucza**, jak współpraca w praktyce poszerza spojrzenie i tworzy podstawę prawdziwie „holistycznego” podejścia do wędzidelka języka, że poznanie innych punktów widzenia jest warunkiem *sine qua non* usunięcia tej diagnostycznej „kości niezgody” w wielodyscyplinarnym postępowaniu. Autorki swoją lekarsko-logopedyczną współpracę eksponują, nawet nią epatują, nie ona jednak – wbrew deklaracjom – jest w książce najważniejsza. Na pierwszym planie stawiają bowiem „klasyfikację wędzidełek języka”⁶³, w której medyczne spojrzenie na „**różnorodność i złożoność anatomii**” odgrywa główną rolę, a funkcjonalny aspekt jest w nią „wciśnięty”, jako niepowiązana z resztą, „dodatkowa ocena unoszenia języka przy szeroko otwartych ustach” (s. 30). **W tabelarycznym zestawieniu** (s. 32) „**wędzidelko normatywne**” (oznaczone symbolem 3N) jest charakteryzowane (wraz z 14 typami „wędzidełek nienormalnych”) pod względem anatomicznym („Wędzidelko o górnym przyczepie w połowie lub poniżej połowy brzusznej powierzchni języka, śluzówkowe, transparentne lub łącznotkankowe, nietransparentne. Przestrzeń pod językiem normalna”, s. 32) oraz – ale jako jedyne – także pod względem zakresu ruchów języka⁶⁴ („Wędzidelko normatywne, nieograniczające ruchomości języka”, s. 32). Powstaje niespójność: „unoszenie języka” **jest** elementem oceny wszystkich typów wędzidełek w opisach wszystkich fotografii, **i – jednocześnie – jest pominięte** w charakterystyce „nienormalnych wędzidełek” w tabe-

⁶³ Autorki piszą o swojej klasyfikacji: „zupełnie nowa” (s. 17), „rozszerzona” (s. 128), „szereko i szczegółowo opisana” (s. 139), „stawia zagadnienie skróconego wędzidelka w zupełnie nowym świetle” (s. 17), „stanowi pełnowartościową ocenę złożoności i niejednorodności” (s. 26), a – w odniesieniu do wcześniejszych klasyfikacji: „żadna z dotychczasowych klasyfikacji wędzidełek języka nie oddaje różnorodności i złożoności jego budowy anatomicznej” (s. 16), „w odróżnieniu od wszystkich dotychczas zaproponowanych nie dotyczy tylko i wyłącznie samego wędzidelka, lecz jego budowy” (s. 26).

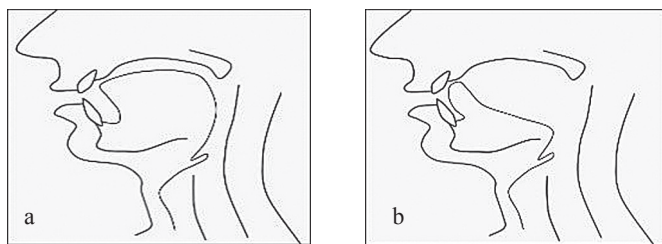
⁶⁴ Funkcjonalny aspekt „normalnego wędzidelka” opisywany jest dwojako, a oba sformułowania są traktowane jako równoznaczne: „nie ogranicza ruchomości języka, czyli pozwala na jego pełne unoszenie” (s. 31). Autorki wyróżniają pięć poziomów „unoszenia języka” używając procentowo-opisowych określeń: *unoszenie języka znacząco ograniczone* (<25%), *unoszenie języka poniżej połowy jamy ustnej* (25%–50%), *unoszenie języka do połowy jamy ustnej* (50%), *unoszenie języka powyżej połowy jamy ustnej* (50%–80%), *unoszenie języka – pełne* (80–100%) (Oziemczuk, Owsianowska 2022, 30).

li „Klasyfikacja Oziemczuk – Owsianowska” (sic!) (s. 32). Ponadto Autorki nie uściśliły szczegółów ważnych w badaniu i ocenie „unoszenia języka przy szeroko otwartych ustach”, między innymi nie opisały, jakie „otwarcie ust” uważają za „szerokie”. Ocena zakresu ruchu języka (poniżej vs. powyżej vs. do połowy jamy ustnej) bez odniesienia do stopnia „otwarcia ust” (opuszczenia żuchwy) może prowadzić do błędnych wniosków: jeśli badający przeoczy, że badana osoba, dążąc do wysokiego wzniesienia języka, odruchowo uniosła żuchwę (zmniejszając stopień otwarcia ust), ulegnie fałszywemu wrażeniu, że „wędzidełko nie ogranicza ruchomości języka”. Ponadto pominięły kształt języka w ocenie „unoszenia języka”, a – zwłaszcza z punktu widzenia artykulacji – ważne jest nie tylko, **czy i jak wysoko** język można unieść, ale także **jaki jest kształt** (wysoko lub nisko) unoszonego języka. Warunkiem prawidłowej głoskowej realizacji wielu (nie tylko polskich) fonemów jest bowiem wysokie wzniesienie szerokiego języka, a – jeśli wędzidełko jest krótkie – język w ogóle się nie unosi (znaczna ankyloglosja) albo unosi, ale kosztem szerokości, albo jest szeroki, ale kosztem wysokości (mniejsza niż znaczna ankyloglosja). Alternatywne sposoby kształtowania wznoszonego języka przedstawiam na rycinie 4: szeroko – kosztem wysokości (a, c) vs. wyżej – kosztem szerokości (b, d). Notabene, pominięcie tego szczegółu prowadzi nie tylko do błędów w ocenie wskazań do frenotomii, ale również do błędnej oceny efektów frenotomii (także w odniesieniu do poszczególnych technik stosowanych w zabiegach): zasadną podstawą wnioskowania o efektach jest porównanie obrazów: 4c z 4a, 4d z 4b oraz 4e z 4a-b-c-d, niezasadną – porównanie obrazów: 4d z 4a, 4c z 4b.



Rycina 4. Ukształtowanie języka (szeroki vs. wąski) i zakres ruchu (wyżej vs. niżej) w badaniu unoszenia języka

Fot. Zbigniew Wróblewski. Ze zbiorów B. Ostapiuk.



Rycina 5. Schematy usytuowania unoszonego języka w odniesieniu do podniebienia: pełna (a), niepełna (b) swoboda ruchów

Ponadto, badając swobodę ruchów języka, ocenić należy nie tylko dobrane widoczne części języka (kształt dolnej powierzchni trzonu, pozycja i kształt końca języka) w odniesieniu do pozycji żuchwy, ale także – bezpośrednio niewidoczny – sposób kształtowania grzbietowej powierzchni języka (rycina 5). Schemat na rycinie 5a obrazuje w przybliżeniu ułożenie grzbietu języka w prawidłowej realizacji wielu polskich fonemów (przedniojęzykowo-dziąsłowych, środkowojęzykowych, zwłaszcza /r/), na rycinie 5b – wpływ ograniczenia swobody ruchów na wzniesienie grzbietowej powierzchni języka. Niedocenianie szczegółów (język szeroki vs. wąski, wzniesiona vs. opuszczona grzbietowa powierzchnia języka) prowadzi do fałszywej oceny wskazań do frenotomii języka i oceny efektów zabiegów⁶⁵.

⁶⁵ Przykładem nieświadomości znaczenia tych szczegółów w ocenie unoszenia języka są opisy przypadków przedstawiane w Internecie. Między innymi w poście *WĘDZIDELKO, czyli o fizjologii słów kilka* zamieszczonym na stronie *Ankyloglosja* na Facebooku, w którym prezentowane są dwie fotografie języka. Pierwsza (po lewej stronie) uznana jest za „typowy obraz ankyloglosji”, co nie budzi zastrzeżeń, gdyż szeroko rozłożony język, choć jest uniesiony, to nie dość wysoko – przedni brzeg języka nie sięga do górnych (niewidocznych) siekaczy, a na końcu języka tworzy się nawet tzw. serduszko. Drugą (po prawej stronie) uznano za „prawidłowe wędzidelko języka”, co budzi wątpliwości, gdyż – wysokie wzniesienie języka zostało uzyskane kosztem jego szerokości i ukształtowania grzbietu. O ukształtowaniu grzbietowej powierzchni języka, która jest niewidoczna, można wnioskować pośrednio na podstawie kształtu i położenia „zaginającego się” w kierunku wnętrza jamy ustnej końca języka i kształtu dolnej powierzchni języka. Bez dodatkowej weryfikacji w próbie uniesienia szerokiego języka ocena „prawidłowe wędzidelko” pozostaje wątpliwa.

[Źródło: <https://www.facebook.com/photo/?fbid=551812800329137&set=a.446526614191090>, zamieszczono 6 stycznia 2023]

Na tej samej stronie w poście *Efekt zabiegu miofrenuloplastyki wspomagany terapią miofunkcjonalną w ankyloglosji* przedstawiono zestaw 4 fotografii obrazujących unoszenie języka. Nie są opisane, ale można się domyślać, które dwie fotografie wykonano przed zabiegiem, które dwie po zabiegu. Warto je wnikliwie obejrzeć, gdyż – dzięki temu, że pacjent i przed, i po zabiegu unosi język dwojako: zwężony lub poszerzony – znakomicie obrazują rzeczywiste efekty zabiegu oraz – przy okazji – znaczenie omawianych (niedocenianych, pomijanych) szczegółów w ocenie swobody ruchów języka.

Zrozumiałe, że wąskospecjalistyczne szczegóły, ważne szczególnie w ocenie logopedycznych wskazań do zabiegu, opisane w piśmiennictwie poświęconym ankyloglosji, nie wszystkim są znane. Trudno jednak usprawiedliwić Autorki, że – podejmując problem wędzidełka języka i proponując „nowe” spojrzenie – o nich nie wiedzą (zwłaszcza, że jedna jest logopedą⁶⁶). W rozdziale *Analiza wybranych przypadków klinicznych*, stanowiącym obszerną część ich książki, Autorki prezentują 79 fotografii języków 26 „noworodków i niemowląt” (s. 47–73) oraz 26 „dzieci od 2. roku życia” (s. 78–127). W krótkich opisach, oprócz szczegółów anatomicznych i symbolu typu wędzidełka według swojej klasyfikacji, podają ogólną ocenę „unoszenia języka”: *pełne, niepełne, niemożliwe, znacznie ograniczone, do połowy – powyżej – poniżej połowy jamy ustnej* itp. W 49 z 52 przypadków pominięcie omawianych szczegółów w ocenie „unoszenia języka” nie miało żadnego znaczenia, gdyż inne parametry wystarczyły, by uznać, że wędzidełka są „nieprawidłowe” (notabene: im krótsze wędzidełko, tym mniejsze znaczenie dodatkowych kryteriów, ale także: dodatkowe kryteria są nieodzowne w przypadku mniejszego nasilenia ankyloglosji). Wątpliwości budzi ocena wędzidełek trzech pozostałych języków, które zaliczono do typu 3N („prawidłowe”) – w dwóch przypadkach „unoszenie języka” uznano za „pełne” (zdjęcia: 21, s. 67 oraz 68 i 69, s. 116, 117), w trzecim – za „niemal pełne” (zdjęcia 72 i 73, s. 120, 121). Piszę o tym, by zwrócić uwagę na skutki niedostrzegania omawianych szczegółów (zwłaszcza wtedy, gdy ankyloglosja jest nieznaczna), by ich pochopnie nie ignorować, by zachęcić do poszerzenia spojrzenia na „unoszenie języka” i zniechęcić do szkodliwych uproszczeń, przynajmniej skłonić do porównania spojrzenia „uproszczonego” z „poszerzonym”⁶⁷. Najlepiej

[Źródło: <https://www.facebook.com/photo/?fbid=557353129775104&set=a.446526614191090>, zamieszczono 14 stycznia 2023].

Na innej facebookowej stronie czytamy: „Krótkie wędzidełko języka? To nie problem. W naszym gabinecie dr Piotr zajmie się tym bezboleśnie, fachowo i do tego z szybkim efektem. Zapraszamy na konsultacje”. Wpisowi towarzyszą dwie fotografie unoszonego języka: na pierwszej („**PRZED ZABIEGIEM**”) język jest szeroki, na drugiej („**2 TYGODNIE PO ZABIEGU**”) język wznosi się wyżej, ale – ponieważ jest zwężony – trudno mieć pewność, w jakim stopniu „zmiana” wynika z zabiegu, w jakim z innej strategii unoszenia języka („wyżej kosztem szerokości”).

[Źródło: <https://www.facebook.com/Haberko.clinic/photos/a.107444167950700/166392558722527/>, zamieszczono 2 maja 2021]

⁶⁶ Nawet „neurologopedą”, co byłoby ważne, gdyby „krótkie wędzidełka języka” należało do problemów neurologopedycznych. Przekonanie, że „Ocena do zabiegu oraz przygotowanie **powinna być wykonywana przez neurologopedę**” [<https://konwaliowa.pl/2020/08/skrocone-wedzidelko-podjezykowe-10-najczesciej-zadawanych-pytan-czesc-2/>] sugerujące niedostatki kompetencyjne logopedy w tej sprawie jest bezpodstawne.

⁶⁷ Zachęcam do zapoznania się z recenzją książki, w której Danuta Pluta-Wojciechowska pisze między innymi: *Przedstawiona klasyfikacja nie pomoże jednak logopedzie, który szuka odpowiedzi na pytanie: jaka jest rola wędzidełka języka w etiologii stwierdzonej u pacjenta wady wymowy czy dysfunkcji czynności biologicznych. Zaciekawie może jednak takiego logopedę,*

na konkretnych przykładach, a tych w bogatym materiale fotograficznym zgromadzonym w książce jest wiele. Mankamenty interpretacyjne, wbrew pozorom, nie umniejszają wartości fotografii, paradoksalnie – wręcz ją podnoszą. Pozwalają bowiem na to, by – analizując i oceniając konkretny język według obu wariantów – odkryć na czym polega różnica między badaniem „uproszczonym” (wysoko – nisko) i „poszerzonym” (o ocenę stopnia otwarcia ust, kształtu języka, pozycji grzbietowej powierzchni języka). Na przykład: na zdjęciu 68 język wznosi się wysoko, ale nie jest szeroki, a na zdjęciu 69, gdy badająca wspomaga unoszenie języka badanego dziecka swoimi palcami, język jest szerszy, jego grzbietowa powierzchnia nieco uniesiona, ale koniec trzonu wyraźnie się wówczas obniżył, co stawia pod znakiem zapytania wniosek: „unoszenie języka pełne”. Autorki mają w tej sytuacji dwa wyjścia: skontrolować przedstawione argumenty, broniąc swego spojrzenia lub – jeszcze raz, bez urazy – przyjrzyć się swoim fotografiom z innego punktu widzenia i własne spojrzenie zweryfikować („błędem jest tkwić w błędach”). Podkreślić należy, że ocena wędzidelka języka niewspółpracującego noworodka i niemowlęcia jest znacznie trudniejsza – nie wtedy, gdy wędzidelko jest „wyraźnie” krótkie (jak na zdjęciach języków 25 z 26 noworodków i niemowląt), ale wtedy, gdy jest „mniej krótkie”, a badający, wyręczając badane dziecko w „unoszeniu” języka, nie dość „otwórz” jego usta, i... ulegnie pozorom (zdjęcie 21, s. 67). O różnicach opinii w takich przypadkach decyduje także zastosowanie lub pominięcie wiedzy o cechach artykulacji w odniesieniu do cech budowy aparatu wymowy, w szczególności wiedzy o powiązaniu cech dziecięcej wymowy z budową dziecięcego aparatu wymowy oraz o powiązaniu cech „dojrzałej” wymowy z tymi strukturalnymi zmianami w aparacie wymowy, które o „dojrzewaniu” dziecięcej wymowy decydują⁶⁸. Patrząc na język

który zaprzeczy swojemu wykształceniu i odchodząc od podstawowych dla uprawianego zawodu zadań i będzie chciał zostać kimś pośrednim między logopedą a lekarzem, czyli zamiast oceny roli wędzidelka języka w ruchomości języka będzie oceniał jego grubość czy położenie i nadal nie będzie wiedział, czy należy przeciąć wędzidelko języka. A może sformułuje opinię typu: „Wędzidelko jest skrócone, ale ruchomość prawidłowa” albo „Ruchomość jest prawidłowa, chociaż wędzidelko skrócone” – czy to możliwe? (Pluta-Wojciechowska 2022, 388).

⁶⁸ Zachodzące w toku biologicznego rozwoju procesy (między innymi: zstępowanie krtni, wyrastanie zębów, wysklepienie podniebienia) zmieniają sposób funkcjonowania języka w orofacjalnej przestrzeni i tłumaczą zmiany, jakie zachodzą w artykulacji. Jedną z cech „nie-dojrzałej” wczesnodziecięcej wymowy jest „miętkość”, która wynika bezpośrednio z warunków anatomicznych w dziecięcym aparacie wymowy i „znika” wraz z zachodzącymi zmianami w jego budowie. „Tworzenie miętkości wymaga zbliżenia środka języka do podniebienia twardego, twardości – przeciwnie – oddalenia środka języka od podniebienia twardego. W dziecięcej jamie ustnej środek języka jest naturalnie zbliżony do – płaskiego wówczas – podniebienia, co sprzyja tworzeniu miętkości i sprawia, że na wczesnym etapie rozwoju wymowy fonemy twarde są realizowane z (niepożądaną) miętkością. Terapia nie jest jednak wówczas zasadna, gdyż stan warunków anatomicznych niebawem się zmieni (wyrosną zęby, podniebienie się wysklepi, krtań obniży,

noworodka (niemowlęcia) z perspektywy rozwojowych przekształceń anatomiczno-funkcjonalnych, można – w ograniczonym zakresie – antycypować rodzaj trudności w kształtowaniu artykulacji.

PODSUMOWANIE

W końcu XX wieku „wędzidełko języka” było tylko marginalnym szczegółem w opisach anatomii języka, a „krótkie wędzidełko” interesowało niewiele. Większość o nim nawet nie słyszała lub uważała za niewarte uwagi. Nieliczni je przecinali, nieliczni wówczas o nim pisali – wyszukiwarka Google podaje, że przed końcem 1997 roku fraza „wędzidełko języka nie została odnaleziona”.

Dynamikę rosnącego zainteresowania wadą tej „maleńkiej części ciała” obrazuje liczba wyników wyszukiwania w kolejnych latach: od zaledwie około trzech w 1998 roku po około 9580 w 2022 roku i około 11600 w pierwszym półroczu 2023 roku⁶⁹, choć – dodajmy – liczba wyników nie świadczy o rzeczywistej liczbie oryginalnych materiałów o wędzidełku (część z nich jest zwielokrotniona), ich zawartości oraz wartości (wiele jest tylko marketingową ofertą), ani o – niejednorodnej pod wieloma względami – zbiorowości, która je tworzy. Wstępna analiza części materiałów pozwala stwierdzić, że w wielogłosie o wędzidełku języka współwystępują dwie przeciwstawne tendencje. Z jednej strony – podkreślając złożoność i wielodyscyplinarność problema-

a język z nią połączony przesunie się ku tyłowi jamy ustnej i spionizuje – najpierw korzeń, następnie trzon języka – i pozornie „zmniejszy” wobec powiększonej jamy ustnej), a niepożądana miękkość – wraz z oddaleniem środkowej części języka od podniebienia – samoistnie zniknie. Tworzenie pożądanego miękkości stanie się wówczas trudniejsze – będzie wymagało wzniesienia środkowej części języka do bardziej oddalonego podniebienia twardego, więc wraz ze znikaniem niepożądanego miękkości może pojawić się niepożądana twardość (na przykład [coca, sano, kasa] zamiast [ćoća, śano, kaśa]), która albo wynika tylko z chwilowej adaptacji do nowych warunków anatomicznych i wówczas nie jest wadliwa, albo – przeciwnie – z jakiejś (anatomicznej, czynnościowej) niemożności (na przykład z powodu ankyloglosji) i wówczas jest wadliwa” [Ostapiuk, 2013b, s.105]. „Jako początkujący logopeda nie dowierzałam matkom kilkuletnich dzieci, realizujących fonemy /ś, ź, ć, dź/ w postaci głosek [s, z, c, dz], które utrzymywały, iż wcześniej ich dziecko mówiło [ś, ź, ć, dź], ale przestało. Obecnie jestem przekonana, że taki regres w tworzeniu miękkości może powstać, a niemożność szybkiego powrotu do głosek miękkich tłumaczy współistnienie rozwojowej zmiany anatomicznej (wysklepienie podniebienia) z jakąś przeszkodą (na przykład ankyloglosją), która w poprzednich, dogodniejszych warunkach (płaskie podniebienie) nie utrudniała zbliżenia środkowojęzykowo-podniebiennego” (Ostapiuk 2013b, 105; zob. też Ostapiuk, Konopska 2006].

⁶⁹ W latach 1989–2022 od kilku wyników na rok po kilka dziennie, średnio około 399 wyników na rok (w opcji wyszukiwania „tylko w języku polskim”). Najpierw powoli: od *około 3 wyników* na koniec 1998 roku, przez *ok. 4* w 1999 r., *ok. 9* w 2001 r., *ok. 23* w 2002 r., *ok. 28* w 2003 r., *ok. 53* w 2004 r., *ok. 73* w 2005 r., *ok. 110* w 2006 r. *po około 250* na koniec 2010 roku, później szybciej: od *ok. 1110* na koniec 2015 r., *ok. 2160* w 2017 r., *ok. 5740* w 2020 r., *ok. 7510* w 2021 r., *ok. 9580* w 2022 r. *po około 11600* na koniec pierwszego półrocza 2023 roku (dane zebrane 11.07.2023).

tyki – postuluje i deklaruje się „holistyczne podejście” do wędzidelka w „międzydyscyplinarnej współpracy”. Z drugiej – „inne” punkty widzenia z góry się dyskredytuje i, nie wnikając w szczegóły jakiegóż z wielu spornych kwestii (nie tylko sposobu badania języka, kwalifikacji do zabiegu, oceny efektów⁷⁰), forsuje „swoją” rację, manifestując jednostronny, wąskospecjalistyczny, zupełnie nieholistyczny „dyscyplinarny egocentryzm”. W wielu przekazach nad rzeczową argumentacją dominują osobiste przekonania zbudowane przede wszystkim (albo wyłącznie) na własnym doświadczeniu zebranych w toku własnej praktyki. W opracowaniu przedstawiłam tylko kilka z wielu zagadnień, które stanowią przeszkodę w budowaniu porozumienia specjalistów w sprawie diagnostyczno-terapeutycznego postępowania u osób z ankylogloją, o które toczy się między- i wewnątrzdyscyplinarny spór o wędzidelko (a nawet, jak ujęto w tytule zapowiedzi jednego z tegorocznych wydarzeń na Facebooku: *Walka o wędzidelko – pediatra kontra logopeda*⁷¹).

Wiele spornych kwestii należy uznać za zwyczajne „nieporozumienia” (wynikające między innymi z niedopowiedzeń, skłonności do jednostronności, nieuwzględniania nieznanych „innych” specjalistycznych punktów widzenia, nieświadomości ich znaczenia w interpretacji stanów rzeczy, tendencji do wykraczania poza swoje kompetencje), które – jeśli nie są wyjaśniane – prowadzą do potęgowania merytorycznych zawilości i bezowocnych kłótni, w których emocje górują nad racjami. Piszę o nich, pozostając w przekonaniu, że bez wyłaniania, opisywania, nazywania i wyjaśniania spornych kwestii, ustalanie „holistycznego konsensusu” w sprawie krótkiego wędzidelka języka, o którym, choć wiemy coraz więcej, ciągle nie wiemy wszystkiego, nie jest możliwe⁷².

⁷⁰ Rozbieżności dotyczą także częstości występowania ankyloglosji, co pominęłam w tym opracowaniu. W pracach przeglądowych „podaje się wartości 0,02–10,7% z przewagą występowania u chłopców”, nie zawsze dodając, że rozbieżność danych wynika z innych różnic: „Brak jednolitej klasyfikacji, subiektywność ocen, a w wielu przypadkach uznaniowość kwalifikacji do zabiegu w znacznym stopniu utrudniają możliwość przeprowadzenia wiarygodnych i porównywalnych badań oraz oszacowania częstości występowania ankyloglosji” (Gwóźdź-Jeziarska, Bielecki 2022, 40). Z badań adeptek logopedii, które w 2004 roku na w pracach dyplomowych przygotowanych pod moim kierunkiem na Podyplomowych Studiach Logopedii i Glottodydaktyki Uniwersytetu Szczecińskiego (Kozłowska, Warzuszczak 2004; Wizjan 2004; Zakosztowicz 2004; Prządka, Kowalska 2004; Wójcik 2004; Martyn 2004; Cytrynowicz, Krasuń 2004) analizowały związek między jakością aparatu wymowy a jakością realizacji wybranych polskich fonemów spółgłoskowych w różnych grupach wiekowych (łącznie 708 badanych od 6. do 54. r.ż.) wynika, że ankyloglosja „dotyczy około 70% populacji, częściej ma postać nieznaczną – około 38%, rzadziej średnią – około 25%, najrzadziej znaczną – około 5%” (Ostapiuk 2013a, 16). Badaczki posługiwały się jednakowym narzędziem oceny wędzidelka języka, a rozbieżności w wynikach ich badań są niewielkie. Podkreślić należy, że badania były prowadzone w czasie, gdy na oddziałach noworodkowych badanie języka i przecinanie krótkiego wędzidelka było rzadkością.

⁷¹ <https://www.facebook.com/events/638062365045766/>

⁷² Są także inne podejścia do rozdźwięków między specjalistami. W jednym z niedawnych wpisów na Facebooku logopeda, podsumowując krótką relację ze swego udziału w XXIII Dniach

BIBLIOGRAFIA

- Allen L.M., Spadola A.C., 2013, *Prenatal Detection of Ankyloglossia in a 22-Week Fetus*, „Journal of Ultrasound in Medicine: Official Journal of the American Institute of Ultrasound in Medicine” 32(6), s. 1
- Bardadin T., 1960, *Wady słuchu i mowy są uleczalne*, Warszawa.
- Berezowska-Kukielka M., Czurylszkiewicz-Cyrana J., Dembowska E., 2018, *Ankyloglosja i jej wpływ na zaburzenia narządu żucia*, „Magazyn Stomatologiczny” nr 12, s. 34–38.
- Błachnio K., 1989, *Wybrane zagadnienia z metodyki logoterapii i podręczny słownik terminów specjalistycznych używanych w logopedii*, Warszawa.
- Bochenek A., Reicher M., 1955, *Anatomia człowieka. Podręcznik dla studentów i lekarzy*, t. 3: *Układ trawienny*, Warszawa.
- Buxter R., 2023, *Język na uwięzi*, Kraków.
- Catlin F.I., Haan V. de, 1971, *Tongue-tie*, „Arch. Otolaryng.” 94, s. 548–557.
- Chirurgia szczękowo-twarzowa. Podręcznik dla studentów*, 1993, red. L. Krysta, Warszawa.
- Cullum J.M., 1959, *An old wives' tale*, „Br. Med. J.” 2, s. 497–498.
- Cytrynowicz M., Krasuń E., 2004, *Jakość dźwiękowej realizacji fonemu /r/ u dzieci w młodszym wieku szkolnym*, niepublikowana praca dyplomowa, Podyplomowe Studia Logopedii i Glottodydaktyki Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin.
- Demelowa G., 1975, *O potrzebie współpracy logopedii z ortodontą*, „Logopedia” 12, s. 79–81.
- Dombrowska-Pali A., Plata W., 2022, *Konsekwencje rozwojowych ograniczeń dynamiki języka spowodowanych ankyloglosją u noworodków i niemowląt*, [w:] *Promocja, edukacja zdrowotna oraz profilaktyka w naukach medycznych*, t. VIII, red. B. Jankowiak, B. Kowalewska, E. Krajska-Kuś, Białystok.
- Dominik K., 1975, *Zgryz otwarty jako przyczyna zaburzeń mowy i jego leczenie przy współpracy logopedów*, „Logopedia” 12, s. 40–46.
- Elektroniczny Słownik Łaciny Średniowiecznej w Polsce*, <https://ellexicon.scriptoros.pl/pl/#>
- Fernando C., 1998, *Tongue Tie – from confusion to clarity*, Australia.
- Gacka E., Kaźmierczak M., Sujecka-Brzóska A., 2020, *Propozycja modelu współpracy logopedy i ortodonta*, „Logopedia” 49/1, s. 67–82.
- Grabias S., 1991, *Logopedia – jej przedmiot i stopień zaawansowania refleksji metanaukowej*. [w:] *Przedmiot logopedii*, Lublin, s. 26–48.
- Grabias S., 2008, *Postępowanie logopedyczne. Diagnostyka, programowanie terapii, terapia*, „Logopedia” 37, s. 13–27.
- Gwóźdź-Jeziarska M., Bielecki I. 2022, *Aktualna wiedza na temat krótkiego wędzidelka języka*, „Polski Przegląd Otolaryngologiczny” 11 (3), s. 39–44.
- Halczy-Kowalik L., 2006, *Przedmowa*, „Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie”, t. LII, suplement 3, Szczecin.
- Jarka J., Angerman A., 2022: *O powstawaniu wad zgryzu*, Opole.
- Kahneman D., 2012, *Pułapki myślenia*, Poznań.
- Kania J.T., 2001, *Szkice logopedyczne*, Lublin.
- Ketty N., Sciuillo P.A., 1974, *Ankyloglossia with psychological implications*, „J. Dent. Child”, 41, s. 43–46.
- Khurshid M., Nagaraj K., Anchal B., 2014, *Psychosocial Factors Associated with Ankyloglossia – A Clinical Case Report*, “JMSCR” vol., 2 Issue 9, September, s. 2165–2168.

Otolaryngologii Dziecięcej, 11–13 maja 2023 („opowiedziałam lekarzom na czym polega praca logopedy z noworodkiem i niemowlęciem z ankyloglosją”), napisała: „Miło było porozmawiać o tym, co nas łączy, a nie szukać tego, co dzieli”. Wpis na Facebooku z dnia 14.05.2023 na stronie <https://www.facebook.com/profile.php?id=100065025213039> (dostęp: 18.05.2023).

- Konopska L., 2005, *Możliwości i ograniczenia w logopedycznym usprawnianiu wadliwej wymowy osób z wadą zgryzu*, „Biuletyn Koła Sekcji Ortopedii Szczękowej (Ortodoncji) Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego w Szczecinie”, nr 9, s. 45–47.
- Konopska L., 2006, *Wymowa osób z wadą zgryzu*, Szczecin.
- Konopska L., 2001, *Zniekształcenia dźwiękowych realizacji fonemów spółgłoskowych u osób z wadą zgryzu*, rozprawa doktorska, Akademia Pedagogiki Specjalnej w Warszawie.
- Kozłowska E., Warzoszczak I., 2004, *Dźwiękowe realizacje fonemu /r/ u studentów*, nieopublikowana praca dyplomowa, Podyplomowe Studia Logopedii i Glottodydaktyki Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin.
- Krupa B., Walczak M., Garanty-Bogacka B., Syrenicz M., Ciecchanowska B., Wieczorek W., Ostapiuk B., 1997, *Czy krótkie wędzidelko jest barierą w karmieniu piersią?*, „Postępy w Neonatologii”, t. 8, red. J. Szczapa, s. 114–118.
- Kupietzky A., Botzer E., 2005, *Ankyloglossia in the infant and young child: clinical suggestions for diagnosis and management*, „Pediatr. Dent.” 27/1, s. 40–46.
- Lexicon medicum*, 1971, red. B. Złotnicki, Warszawa.
- Lippert H., 1998, *Anatomia*, t. 2, wydanie I polskie pod red. R. Aleksandrowicza, Wrocław.
- Łazarkiewicz W., 1983, *Wskazania ortodontyczne do zabiegów chirurgicznych na wyrostkach zębo-dolowych*, „Wrocławska Stomatologia”, s. 65–69.
- Mackiewicz B., 1983, *Wybrane zagadnienia ortodontyczne dla logopedów*, Gdańsk.
- Mackiewicz B., 1989, *Wskazówki do nauki prawidłowego polykania w wadach zgryzu i wymowy u dzieci*, [w:] *Opieka logopedyczna od poczęcia*, red. B. Ročlawski, Gdańsk, s. 71–77.
- Mackiewicz B., 1992b, *Zapobieganie wadom zgryzu i wymowy u dzieci*, „Ped. Pol.” LXVII, 3–4, s. 143–147.
- Malicka I., 2011, *O współpracy logopedy i chirurga w przypadku ankyloglosji*, [w:] *Biologiczne uwarunkowania rozwoju i zaburzeń mowy*, t. 2, red. M. Michalik, Kraków, s. 304.
- Martyn E., 2004, *Jakość dźwiękowych realizacji polskiego fonemu /r/ u uczniów klas początkowych*, niepublikowana praca dyplomowa, Podyplomowe Studia Logopedii i Glottodydaktyki Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin.
- Mitrinowicz-Modrzejewska A., 1963, *Fizjologia i patologia głosu, słuchu i mowy. Rozpoznawanie, leczenie i rehabilitacja*, Warszawa.
- Mitrinowicz-Modrzejewska A., 1968, *Głuchota wieku dziecięcego*, Warszawa.
- Mukai Ch., Mukai S., Asaoka K., 1991, *Ankyloglossia with deviation of the epiglottis and larynx*, „Annals of Otology, Rhinology & Laryngology” 100, s. 3–20.
- Nehring-Gugulska M., 2012, *Karmienie piersią bez barier. V Zjazd Centrum Nauki o Laktacji*, http://www.kobiety.med.pl/cnol/images/cnol/zjazdy/V/materialy_dziennikarze.pdf
- Oldfield M.C., 1955, *Congenitally short frenula of upper lip and tongue*, „Lancet”, s. 528–530.
- Ołtuszewski W., 1905, *Szkic nauki o mowie i jej zboczeniach (niemota, belkotanie, mowa nosowa, jąkanie, itd.) oraz hygieny mowy*, Warszawa.
- Ostapiuk B., 2005, *Ankyloglosja w wada wymowy*, „Biuletyn Koła Sekcji Ortopedii Szczękowej (Ortodoncji) Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego w Szczecinie”, nr 9, s. 49–54.
- Ostapiuk B., 1997, *Zaburzenia dźwiękowej realizacji fonemów języka polskiego – propozycja terminów i klasyfikacji*, „Audiofonologia” 10, s. 117–136.
- Ostapiuk B., 1998, *Realizacja polskiego fonemu /l/ w dyslalii ankyloglosyjnej*, [w:] *Zaburzenia głosu – badanie – diagnozowanie – metody usprawniania. Materiały z konferencji zorganizowanej przez Pomagisterskie Studium Logopedyczne Wydziału Polonistyki UW i Sekcję Logopedyczną TKJ w Warszawie, w dniach 6–8 czerwca 1998*, Warszawa, s. 95–108.
- Ostapiuk B., 2000, *Warunki skuteczności logopedycznej terapii dyslalii ankyloglosyjnej*, nieopublikowana rozprawa doktorska, Akademia Pedagogiki Specjalnej w Warszawie.

- Ostapiuk B., 2002a, *Dziecięca artykulacja czy wada wymowy – między fizjologią a patologią*, „Logopedia” 31, s. 95–156.
- Ostapiuk B., 2002b, *Rodzaje i jakość dźwiękowych realizacji polskiego fonemu /r/ w ankyloglosji*, „Logopedia” 30, s. 91–103.
- Ostapiuk B., 2005, *Logopedyczna ocena ruchomości języka*, [w:] *Logopedia. Teoria i praktyka*, red. M. Młynarska, T. Smereka. Wrocław, s. 299–306.
- Ostapiuk B., 2006, *Poglądy na temat ruchomości języka w ankyloglosji a potrzeby artykulacyjne*, „Annales Academiae Medicae Stetinensis”, t. LII, suplement 3, red. L. Halczy-Kowalik. s. 37–47.
- Ostapiuk B., 2008, *Standard postępowania logopedycznego w dyslalii ankyloglosyjnej*, „Logopedia” 37, s. 141–166.
- Ostapiuk B., 2010/2011, *Asymmetry in Sound Production in Persons with Ankyloglossia*, „Logopedia” 39/40, s. 113–137 (dostęp do wersji elektronicznej na stronie <http://www.logopedia.umcs.lublin.pl/>). Wersja papierowa, polskojęzyczna: *Asymetria w tworzeniu głosek u osób z ankyloglosją*, „Logopedia” 39/40, s. 121–146.
- Ostapiuk B., 2013a, *Dyslalia ankyloglosyjna. O krótkim wędzidelku języka, wadliwej wymowie i skuteczności terapii*, Szczecin.
- Ostapiuk B., 2013b, 2022. *Dyslalia. O badaniu jakości wymowy w logopedii*, Szczecin.
- Ostapiuk B., Juszkiwicz P., 2006, *Makroglosja jako objaw towarzyszący ankyloglosji*, „Logopedia” 35, s. 181–188.
- Ostapiuk B., Konopska L., 2006, *Realizacje fonemu samogłoskowego /i/ – wstępne doniesienie z własnych badań (cz. I)*, „Logopedia”, s. 189–198.
- Ostapiuk B., Konopska L., Stecewicz M., 2008, *Postępowanie logopedyczne w przypadku wadliwej wymowy – dyslalia czy dysglosja*, „Logopedia” 37, s. 127–130.
- Otorynolaryngologia praktyczna*, 1996, red. B. Latkowski, Warszawa.
- Oziemczuk D., Owsianowska M., 2022, *Nowe spojrzenie na wędzidelko języka u niemowląt i starszych dzieci*, Zielona Góra.
- Pluta-Wojciechowska D., 2003, *Realizacja polskich fonemów spółgłoskowych ze względu na miejsce artykulacji u dzieci i młodzieży z rozszczepem podniebienia pierwotnego i/lub wtórnego z perspektywy teorii prototypów*, rozprawa doktorska.
- Pluta-Wojciechowska D., 2020, *Terapia tradycyjna a terapia strategiczna dyslalii obwodowej*, „Logopedia” nr 49–I, s. 47–66.
- Pluta-Wojciechowska D., 2022, Recenzja: Donata Oziemczuk, Monika Owsianowska, *Nowe spojrzenie na wędzidelko języka u niemowląt i starszych dzieci*, Wydawnictwo Stomatologia Oziemczuk, Zielona Góra 2022, ss. 144, „Logopedia”, 51–2, s. 383–391.
- Pluta-Wojciechowska D., 2023 (w niniejszym tomie), *Dlaczego o dyslalii trzeba dziś mówić inaczej? O trzech ujęciach dyslalii w polskiej logopedii*, „Logopedia” t. 52, vol. 1, s. 177–206.
- Polski słownik medyczny*, 1981, red. D. Aleksandrow, T. Roźniatowski, Warszawa.
- Post M., 2011, *Krótkie wędzidelko języka a wady zgryzu – porównanie wybranych metod oceny nasilenia ankyloglosji*, rozprawa doktorska, Katedra i Zakład Ortodoncji Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie.
- Pruszewicz A., 1992a, *Zaburzenia artykulacji*, [w:] *Foniatria kliniczna*, red. A. Pruszewicz, Warszawa, s. 242–248.
- Pruszewicz A., 1992b, *Fizjologia krtani*, [w:] *Foniatria kliniczna*, red. A. Pruszewicz, Warszawa, s. 36–50.
- Prządka M., Kowalska K., 2004, *Dźwiękowe realizacje polskiego fonemu /r/ u dzieci miejskich i wiejskich w pierwszej i trzeciej klasie szkoły podstawowej*, niepublikowana praca dypl-

- mowa, Podyplomowe Studia Logopedii i Glottodydaktyki Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin.
- Ronin-Walknowska E., Samborska M., Płonka T., 2006, *Nieprawidłowości języka u płodu i noworodka*, „*Annales Academiae Medicae Stetinensis*”, t. LII, suplement 3, red. L. Halczy-Kowalik, s. 7–11.
- Sioda T., 2012, *Wędzidelko języka u noworodka – ocena neonatologiczna i zalecenia*, [w:] „*Standardy Medyczne – Pediatria*”, t. 9, s. 115–123.
- Sioda T., 2007, *Krótkie wędzidelko języka jedną z przyczyn trudności w karmieniu piersią*, „*Postępy Neonatologii*”, 1 (11), s. 52–57.
- Sioda T., 2010, *Krótkie wędzidelko języka jedną z przyczyn trudności w karmieniu piersią*, „*Biuletyn Rady Międzynarodowych Konsultantów Laktacyjnych Polish Association of Lactation Consultant*”, nr 1, s. 2–10.
- Sioda T., Thorley V., 2023, *Tongue-tie in newborns – a history of changing medical attitudes*, „*Logopedia*” (w niniejszym tomie).
- Skorek E.M., 2001, *Oblicza wad wymowy*, Warszawa.
- Stanowisko CNoL w sprawie wskazań do podcinania wędzidelka języka (frenotomii) u noworodków i niemowląt w związku z narastającym problemem jakim jest nadrozpoznowalność skróconego wędzidelka języka i ankyloglosji jako przyczyn problemów z karmieniem piersią oraz narażania niemowląt na nieuzasadnione zabiegi z dnia 6 grudnia 2021*. Opracowanie: dr n. med. Monika Żukowska-Rubik, współpraca dr n.med. Magdalena Nehring-Gugulska, Centrum Nauki o Laktacji, Warszawa, 6 grudnia 2021, Dostęp: https://cnol.kobiety.med.pl/wp-content/uploads/2021/12/Stanowisko-CNoL_WJ_2021.pdf
- Steczewicz M., 2011, *Warunki anatomiczne i czynnościowe a dźwiękowe realizacje polskich fonemów spółgłoskowych u chorych po wycięciu nowotworu jamy ustnej*, rozprawa doktorska, Pomorska Akademia Medyczna w Szczecinie.
- Stecko E., 1989, *Czynności przygotowujące niemowlęcy narząd artykulacyjny do podjęcia funkcji mowy*, [w:] *Opieka logopedyczna od poczęcia*, red. B. Rocławski, Gdańsk.
- Stecko E., 1991, *Wczesne rozpoznawanie i leczenie zaburzeń mowy*, Lublin.
- Styczek I., 1979, *Logopedia*, Warszawa.
- Visconti A., Hayes E., Ely K., Scarborough D.R., 2021, *A systematic review: The effects of frenotomy on breastfeeding and speech in children with ankyloglossia*, „*International Journal of Speech-Language Pathology*” 23 (4), s. 349–358.
- Wallace A.F., 1963, *Tongue tie*, „*Lancet*” 2, s. 377–378.
- Warden P.J., 1991, *Ankyloglossia: A review of the literature*, „*General Dentistry*” July–August, s. 252–253.
- Wicher A., 2016/2017, *Wędzidelko języka jako kontrowersyjny problem w logopedycznej refleksji z perspektywy studentki logopedii*, „*Biuletyn Logopedyczny*” nr 1–2 (30–31), s. 80–81.
- Wielki słownik języka polskiego PAN*. Zasady opracowania zestawiał Piotr Żmigrodzki, 2023 https://pliki.wsjp.pl/zasady_opracowania_wsjp.pdf
- Williams W.N., Waldron C.M., 1985, *Assesment of lingual function when ankyloglossia (tongue – tie) is suspected*, „*The Journal of the American Dental Association*” 110, s. 353–356.
- Wizjan M., 2004, *Jakość realizacji polskiego fonemu /r/ u uczniów klas 0–3 w szkole podstawowej*, niepublikowana praca dyplomowa, Podyplomowe Studia Logopedii i Glottodydaktyki Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin.
- Wójcik W., 2004, *Jakość realizacji polskiego fonemu /r/ u uczniów klas 0–3 w wiejskiej szkole podstawowej*, niepublikowana praca dyplomowa Podyplomowe Studia Logopedii i Glottodydaktyki Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin.

- Zakosztowicz A., 2004, *Jakość dźwiękowych realizacji polskiego fonemu /r/ u uczniów nauczania zintegrowanego*, niepublikowana praca dyplomowa, Podyplomowe Studia Logopedii i Glottodydaktyki Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin.
- Zaleski T., 1992, *Opóźniony rozwój mowy*, Warszawa.
- Zaleski T., 1993, *Obwodowe mechanizmy mowy*, [w:] *Diagnoza i terapia zaburzeń mowy*, red. T. Gałkowski, Z. Tarkowski, T. Zaleski, Lublin, s. 9–16.
- Zaleski T., 1994, *Niepowodzenia natury foniatrycznej w postępowaniu laryngologów u dzieci*, [w:] *Otorynolaryngologia dziecięca. Wybrane zagadnienia*, red. E. Kossowska. Warszawa, s. 88–93.
- Żukowska-Rubik M., 2010, *Karmienie piersią – technika, zasady i najczęstsze błędy*, „Standardy Medyczne – Pediatria”, t. 7, s. 655–664.
- Żukowska-Rubik M., 2012, *Krótkie wędzidelko podjęzykowe – bariera do pokonania!*, [w:] *Karmienie piersią bez barier. V Zjazd Centrum Nauki o Laktacji*, Warszawa, s. 13–14. Dostęp: <https://cnol.kobiety.med.pl/wp-content/uploads/2019/01/Materia%C5%82y-zjazdowe-2012.pdf>
- Żukowska-Rubik M., 2022, *Wędzidelko języka to małeńka część ciała. Stanowisko CNoL*. Wykład opublikowany na You Tube 31.10.2022. Źródło: https://www.youtube.com/watch?v=yPSow-9ge_TA
- Żukowska-Rubik M., Jasińska K., Raczek-Pakuła K., Nehring-Gugulska M., Castello-Rokicka M., 2019: *Frenotomia u noworodków i niemowląt – przegląd aktualnej literatury i propozycja zaleceń*, „Standardy Medyczne – Pediatria” t. 16, s. 188–200. <https://docplayer.pl/1681172-82-Frenotomia-u-noworodkow-i-niemowlat-przeglad-aktualnej-literatury-i-propozycja-zalecen.html>
- Żukowska-Rubik M., Nehring-Gugulska M., 2012, *Standard porady laktacyjnej*, [w:] *Karmienie piersią w teorii i praktyce. Podręcznik dla doradców i konsultantów laktacyjnych oraz położnych, pielęgniarek i lekarzy*, Kraków.
- Żurowski M., 1993, *Wpływ niektórych nieprawidłowości wędzidelka języka na zaburzenie jego funkcji i zmiany patologiczne w jamie ustnej*, „Poznańska Stomatologia”, s. 145–147.