

Dorota Lipiec,
Izabela Więcek-Poborczyk
(Akademia Pedagogiki Specjalnej, Warszawa,
e-mail: dlipiec@aps.edu.pl; iwiecek@aps.edu.pl)

TERAPIA ROTACYZMU W DYSLALIACH

Rotacyzm, łac. *rotacismus*, inaczej reranie [zob. Kania 1982; Demel 1996; Sołtys-Chmielowicz 2001; Sambor 2013; Michalak-Widera 2010], to nieprawidłowa realizacja fonemu /r/.¹ W rotacyzmie, w zależności od typu zakłócenia realizacji fonemu /r/, wyróżnia się mogirotacyzm (brak realizacji fonemu, np. *ryba* wymawiane jako [yba]²), pararotacyzm (realizowany jest systemowy³ dźwięk mowy, znajdujący się w polu realizacji innego fonemu, np. *ryba* wymawiane jako [lyba], [ɥyba]) oraz rotacyzm właściwy (realizowany jest dźwięk niesystemowy, zdeformowany, niemieszczący się w polu realizacji innych fonemów, np. *ryba* wymawiane jako [Ryba]⁴). Do rotacyzmu zalicza się także zakłócenia złożone, czyli realizacje określane jako zdeformowane substytuty – realizowany jest dźwięk niesystemowy, będący zdeformowaną realizacją innego fonemu, np. *ryba* wymawiane jako [lyba], gdzie [l] jest międzyzębowe. U niektórych pacjentów (np. z dyzartrią, afazją) możemy zaobserwować zakłócone realizacje fonemów (w tym także fonemu /r/) trudne lub nawet niemożliwe do zinterpretowania, a co za tym idzie – do opisu patofonetycznego.

W wypadku mogirotacyzmu, pararotacyzmu, rotacyzmu właściwego oraz zdeformowanych substytutów występujących w artykulacji niezbędne jest podjęcie terapii logopedycznej. Wszystkie wymienione typy nienormatywnych realizacji fonemu /r/ można zaobserwować u pacjentów w różnych grupach wiekowych: u dzieci (zarówno w okresie kształtowania się mowy, jak i później), u młodzieży i dorosłych. Terapię rotacyzmu prowadzi się u osób z dyslalią obwodową⁵ (anatomiczną, funkcjonalną,

¹ Fonem /r/ w języku polskim realizowany jest przez: wariant główny – głoskę [r], warianty pozycyjne poboczne – głoski [r'] lub [r9], warianty pozycyjno-fakultatywne – głoski [r'] lub [r9] albo [r9']. Szerzej na ten temat zob. Lipiec, Więcek-Poborczyk 2018.

² W artykule zastosowana została transkrypcja sławistyczna.

³ Normatywny, należący do systemu języka polskiego.

⁴ Znak [R] oznacza realizację poprzez wibrację uvuli.

⁵ Zob. Zestawienie form zaburzeń mowy [Mierzejewska, Emiluta-Rożyca 1997; Emiluta-Rożyca 2008].

słuchową) oraz środowiskową i podkorową.⁶ W pozostałych zaburzeniach mowy (np. afazjach, dyzartriach, niedokształceniu mowy pochodzenia korowego) także mogą wystąpić zakłócenia realizacji fonemu /r/, które towarzyszą „(...) innym zakłóceniom struktur językowych o różnym stopniu złożoności” [Emiluta-Rozya 2008, 26a]. Prowadzi się wówczas terapię logopedyczną, której głównym celem jest poprawa komunikacji językowej pacjenta (praca nad artykulacją przeważnie nie jest pierwszoplanowa).

W procesie diagnozowania oraz programowania terapii logopedycznej dzieci z dyslalią niezbędna jest znajomość norm rozwojowych w zakresie kształtowania się mowy, w tym artykulacji. W okresie rozwoju mowy występują określone etapy w kształtowaniu się normatywnych realizacji poszczególnych fonemów. W wypadku kształtowania się realizacji wariantu głównego fonemu /r/ mamy do czynienia z przypisanymi do określonego przedziału wiekowego etapami oraz charakterystycznymi dla nich formami przejściowymi. Najczęściej są to: [∅] – [iʃ]– [l] – [r]⁷ [zob. np. Kania 1982]. Oprócz elizji i substytucji rozwojowych wyróżnić możemy także formy przejściowe, np. w postaci [l] z lekką wibracją czubka języka, czy też w postaci połączenia głosek [lr] lub jako [r] z osłabioną wibracją. W tabeli poniżej przedstawione są normatywne, charakterystyczne dla danego przedziału wiekowego, realizacje wariantu głównego fonemu /r/.

Tabela 1. Etapy kształtowania się wariantu głównego fonemu /r/ (– głoski [r])

Etapy kształtowania się wariantu głównego fonemu /r/ – głoski [r]	
wiek dziecka	realizacje
pierwszy rok życia	[∅]
drugi rok życia	[∅], [iʃ]
trzeci rok życia	[iʃ], [l]
od 3 do 6 lat	[l], [lr], [l] z lekką wibracją apeksu, [r]
po szóstym roku życia	[r]

Źródło: Lipiec, Więcek-Poborczyk 2017.

Jeśli w trakcie rozwoju mowy zostaną przekroczone normy wiekowe dla danej realizacji fonemu /r/, uznaje się ją za nienormatywną, np. do ukończenia trzeciego roku życia realizacja wariantu głównego fonemu /r/

⁶ Podobne postępowanie przeprowadza się u dzieci wielojęzycznych i obco-krajowców, chcących osiągnąć artykulację normatywną dla języka polskiego.

⁷ Szczegółowe informacje na temat stabilizowania się realizacji fonemu /r/ w rozwoju mowy dziecka znajdują się w publikacji: *Normatywne i nienormatywne realizacje fonemu /r/ we współczesnym języku polskim* [Lipiec, Więcek-Poborczyk 2018].

jako [if] jest normatywna, a po trzecim roku życia uznawana jest za nieprawidłową i wymaga terapii. Ze względu na indywidualne tempo rozwoju językowego każdego dziecka dopuszcza się jednak kilkumiesięczne przesunięcia w opanowywaniu kolejnych etapów.

Opracowanie logopedycznego programu terapeutycznego dla osoby z rotacyzmem powinno być poprzedzone przeprowadzeniem badania logopedycznego, którego wynikiem będzie sformułowanie szczegółowej diagnozy logopedycznej wraz z określeniem przyczyn (endo- i/lub egzogennych) nieprawidłowej artykulacji. Ustalenie patomechanizmu zaburzenia pozwala na odpowiednie przygotowanie postępowania terapeutycznego. W wypadku dyslalii będzie ono różne w zależności od:

- 1) przyczyny wywołującej nieprawidłową artykulację:
 - a. anatomicznej,
 - b. funkcjonalnej,
 - c. słuchowej,
 - d. środowiskowej,
 - e. podkorowej,
 - f. mieszanej, np. anatomiczno-funkcjonalnej;
- 2) wieku pacjenta.

Ad. 1. Postępowanie terapeutyczne należy rozpocząć od usunięcia przyczyny powodującej nieprawidłową artykulację lub osłabienia jej wpływu na stan wymowy.

W dyslalii anatomicznej po rozpoznaniu rodzaju wady budowy narządu/ów w obrębie aparatu artykulacyjnego dążymy (jeśli to możliwe) do całkowitego zlikwidowania tej nieprawidłowości, co najczęściej związane jest z koniecznością konsultacji medycznych (np. ortodontycznych, laryngologicznych, chirurgicznych). Skutkuje to wykonaniem określonych zabiegów medycznych bądź wdrożeniem leczenia.⁸ W wypadkach, gdy usunięcie anatomicznych przyczyn dyslalii nie jest możliwe, zadaniem logopedy jest podjęcie działań minimalizujących ich skutki (np. przy ankyloglosji należy prowadzić masaże logopedyczne i pracować nad usprawnieniem mięśni języka).

W dyslalii funkcjonalnej uwarunkowanej egzogennie terapię należy rozpocząć odpowiednio od zlikwidowania nieprawidłowych nawyków ruchowych w przebiegu czynności odgryzania, gryzienia i żucia lub połykania, czy oddychania (często jest to proces długotrwały). W dyslalii funkcjonalnej spowodowanej czynnikami endogennymi nie zawsze możliwe jest zlikwidowanie przyczyn wad wymowy (np. dysfunkcji oddychania z powodu alergii), można jednak pracować nad poprawą przebiegu funkcji fizjologicz-

⁸ Np. przy skróconym wędzidełku podjęzykowym (w uzasadnionych wypadkach) kierujemy pacjenta na konsultację do chirurga szczękowego w celu oceny budowy wędzidełka i ewentualnej frenotomii; z kolei w wypadku wad zgryzu konieczna jest konsultacja ortodontyczna i wdrożenie leczenia (całkowite usunięcie nieprawidłowości nie zawsze jest możliwe, a leczenie ortodontyczne przeważnie jest długotrwałe, co należy uwzględnić w programie terapii logopedycznej).

nych w obrębie aparatu artykulacyjnego, jego sprawnością czy likwidowaniem parafunkcji (np. nawykowego ssania wargi, obgryzania paznokci).

W wypadku dyslalii środowiskowej pierwszoplanowe jest uświadczenie rodzicom / opiekunom wagi prawidłowych wzorców wymowy najbliższego środowiska dziecka oraz wyznaczenie osoby bez wad artykulacji, która będzie ćwiczyła z dzieckiem w domu, wykonując zalecenia logopedy prowadzącego terapię logopedyczną.

Pacjentów z nieprawidłowościami artykulacyjnymi, których podłożem mogą być wady budowy lub funkcjonowania narządu słuchu, należy skierować na konsultację audiologiczną i badania słuchu. Jeżeli wyniki badań potwierdzą niedosłuch, logopeda diagnozuje dyslalię słuchową.⁹ Wówczas w programie terapii logopedycznej, uwzględniającej konieczne działania innych specjalistów (m.in. audiologa, laryngologa), należy szczególnie nacisk położyć na ćwiczenia słuchowe.

W wypadku rotacyzmu w dyslalii podkorowej spowodowanej niedowładami lub porażeniami mięśni aparatu artykulacyjnego, czego skutkiem jest niemożność wykonania prawidłowych ruchów artykulacyjnych, należy w miarę możliwości (poprzez ćwiczenia czynne i bierne – masaże) dążyć do poprawy sprawności mięśni, głównie języka.¹⁰ Uzyskanie prawidłowej realizacji głoski [r] może jednak okazać się w niektórych wypadkach niemożliwe.

Jeżeli u pacjenta występuje dyslalia mieszana, np. anatomiczno-funkcjonalna, należy odnieść się do wszystkich przyczyn wywołujących nieprawidłową artykulację i ustalić, która z nich jest dominująca. Tak jak w pozostałych wypadkach pacjentów z rotacyzmem należy zniwelować przyczyny bądź ograniczyć ich wpływ na stan artykulacji, uwzględniając przy tym zależności między nimi.

Ad. 2. Od wieku pacjenta zależy dobór metod, technik i narzędzi stosowanych w terapii logopedycznej osoby z rotacyzmem.

W wypadku dzieci należy pamiętać o wymienionych wyżej w artykule normach stabilizowania się realizacji fonemu /r/ i ich odróżnieniu od form nieprawidłowych.

U dziecka, które po 2. roku życia¹¹ nienormalnie:

- realizuje /r/ jako [Ø],
- zamienia [r] na głoskę inną niż [ɹ] lub [l],
- deformuje wymowę [r]

⁹ Dyslalię słuchową należy odróżnić od niedokształcenia mowy z powodu niedosłuchu, w którym obok wad artykulacji zakłócenia dotyczą pozostałych struktur językowych o różnym stopniu złożoności.

¹⁰ Dyslalię podkorową należy odróżnić od dyszartrii, w której objawy dotyczą zakłóceń oddychania, artykulacji, fonacji i prozodii.

¹¹ Należy pamiętać o indywidualnym tempie rozwoju artykulacji i obserwować wymowę dziecka na każdym etapie rozwoju mowy. Jeśli nie stwierdza się żadnych przyczyn mogących wywołać rotacyzm, pojawienie się prawidłowej artykulacji powinno być kwestią czasu.

wskazane jest rozpoczęcie usprawniania narządów aparatu artykulacyjnego oraz wprowadzenie zabaw rozwijających słuch fonemowy. Należy przy tym pamiętać, że od 2-latka nie można jeszcze wymagać pionizacji języka.

Po 3. roku życia, gdy dziecko nienormalnie:

- realizuje /r/ jako [Ø],
- zamienia [r] na głoskę inną niż [l],
- deformuje wymowę tej głoski,

wprowadza się stopniowo ćwiczenia pionizacji języka. W literaturze przedmiotu [zob. m.in. Demel 1996] można znaleźć wskazówki, by nauczyć dziecko w tym wieku realizacji fonemu /r/ jako [l], szczególnie w wypadkach deformacji. Z praktyki logopedycznej wynika jednak, iż taka sztucznie prowokowana substytucja jest trudna do utrwalenia w mowie spontanicznej. Wynika to z ukształtowanego już przeważnie słuchu fonemowego (dziecko ma świadomość realizacji innego fonemu, a co za tym idzie – błędów semantycznych, np. /kura : kula/). Zasadniczo do ukończenia 4 lat nie wywołuje się drżącej głoski [r], prowadzi się natomiast ćwiczenia usprawniające aparat artykulacyjny (głównie język) oraz ćwiczenia uwrażliwiające słuch fonemowy (opozycje: /r/-/l/, /r/-/if/ oraz /if/-/l/).

Jeżeli dziecko 3-, 4- lub 5-letnie wymawia [l] zamiast [r], a przy tym ma prawidłowo zbudowany i funkcjonujący aparat artykulacyjny oraz nie istnieją inne czynniki, które mogłyby uniemożliwić lub utrudnić przekształcenie się [l] w [r], głoska ta najczęściej pojawia się samoistnie. W takim wypadku należy poczekać z jej wywoływaniem do końca 6. roku życia.

Etapy postępowania logopedycznego w wypadku terapii rotacyzmu we wszystkich typach dyslalii obejmują: ćwiczenia wstępne, ćwiczenia zasadnicze oraz ćwiczenia dodatkowe.

Ćwiczenia wstępne mają na celu przede wszystkim uzyskanie odpowiedniej pionizacji języka oraz sprawności jego czubka. W zależności od potrzeb prowadzi się także inne ćwiczenia wstępne, np. oddechowe, prawidłowego stereotypu połykowego, słuchowe (w tym ćwiczenia słuchu fonemowego).

Ćwiczenia zasadnicze (szczegółowo opisane w dalszej części artykułu) obejmują etapy wywoływania i utrwalania realizacji fonemu /r/.

Do ćwiczeń dodatkowych zalicza się ćwiczenia doskonalące kompetencję językową / komunikacyjną. Są to ćwiczenia językowe rozwijające umiejętności w zakresie morfologii, składni (hipotaksy, parataksy), dyskursu oraz poszerzające zasób słownika. W wypadku terapii dzieci szczególnie istotne będą ćwiczenia funkcji pośrednio związanych z rozwojem mowy, takich jak: synteza i analiza słuchowa; pamięć wzrokowa i słuchowa; koordynacja wzrokowo-ruchowa itp.

Poniżej przedstawiamy szczegółową metodykę postępowania logopedycznego w wypadku wywoływania głoski [r]. Głoska ta w rozwoju arty-

kulacji stabilizuje się jako jedna z ostatnich ze względu na duży stopień trudności jej realizacji,¹² z czego wynika także trudność terapeutyczna w uzyskaniu wzorcowego jej brzmienia u pacjenta. Specyfika pracy logopedycznej nad wywoływaniem i utrwalaniem głoski [r] polega na odmiennym niż w wypadku pozostałych spółgłosek postępowaniu metodycznym. Postępowanie logopedyczne na etapie ćwiczeń zasadniczych w wypadku spółgłosek innych niż [r] obejmuje: wywołanie dźwięku, utrwalanie w izolacji, sylabach, wyrazach, zdaniach, dłuższych wypowiedziach i w mowie spontanicznej. Głoskę [r] wywołuje się najczęściej przy użyciu metody fonetyczno-mechanicznej. Jej artykulację ze wspomaganiami mechanicznymi można ćwiczyć w sylabach, wyrazach i zdaniach, mimo że pacjent sam nie potrafi wymówić głoski w izolacji. Prawidłowa wymowa głoski [r] w izolacji często jest bowiem ostatnim etapem utrwalania wymowy tego dźwięku. W literaturze przedmiotu dotyczącej metodyki postępowania logopedycznego w wypadku rotacyzmu znaleźć można różne opisy metod wywoływania głoski [r]. Niektóre z nich mogą być trudne do przeprowadzenia przez logopedę (np. mechaniczne wprawianie przedniej części języka w wibracje), nieprzyjemne lub wręcz bolesne dla pacjenta (np. potrącanie wędzidełka podjęzykowego na boki czy używanie jako narzędzia do uzyskania wibracji szpatułki logopedycznej) i/lub mało efektywne (np. próba uzyskania [r] poprzez wymowę [ż] z mechanicznym wprawianiem języka w wibracje przez logopedę¹³).

Zaprezentowana poniżej propozycja terapii logopedycznej rotacyzmu powstała na podstawie wieloletniej praktyki logopedycznej oraz wiedzy z zakresu fonetyki języka polskiego i dyslalii. Przedstawiona metoda ulegała modyfikacjom i doskonaleniu wraz z poszerzaną wiedzą, nabywanym doświadczeniem i w związku z uzyskiwanymi efektami. W jej zastosowaniu niezbędne jest przestrzeganie stałej (opisanej) kolejności działań.

Wywoływanie i utrwalanie głoski [r]:

1. Ćwiczenia wstępne (np. oddechowe, prawidłowego stereotypu połokowego) powinny być dobrane do indywidualnego przypadku. Niezależnie od stanu sprawności aparatu artykulacyjnego każde spotkanie rozpoczyna się od ćwiczeń sprawności narządów artykulacyjnych. Należy z pacjentem ćwiczyć przed lustrem przez kilka minut, każde ćwiczenie powtarzając parę razy. Szczególną uwagę należy zwrócić na precyzję wykonywanych ruchów, zwłaszcza ruchów języka. Najważniejsze jest tu uzyskanie właściwej pionizacji i sprawności czubka

¹² Zob. Lipiec, Więcek-Poborczyk 2018.

¹³ Takie postępowanie jest mało skuteczne, gdyż głoska [ż] jest wprawdzie dźwiękiem, ale szczelinowa i podczas jej artykulacji język nie wykonuje serii powtarzających się ruchów w płaszczyźnie pionowej z uderzeniami czubka języka o dźwięka [zob. opis artykulacji głoski [r] – Lipiec, Więcek-Poborczyk 2018].

języka. Dodatkowo warto wykonywać masaże wewnątrz jamy ustnej, głównie języka i wędzidełka podjęzykowego.

W trakcie jednych zajęć logopedycznych wykonuje się wybrane ćwiczenia języka, np.:

- liczenie czubkiem języka zębów: czubek języka dotyka kolejno górnych zębów przy szeroko otwartych ustach. Staramy się przy tym, aby wraz z uniesieniem czubka języka nie unosila się żuchwa; czubek języka wykonuje ruch: góra-dół – każdorazowo po dotknięciu kolejnego górnego zęba apeks opada za łuk zębów dolnych;
- oblizywanie czubkiem języka górnych siekaczy na zmianę z przodu i z tyłu – przy szeroko otwartych ustach czubek języka w bardzo szybkim tempie wykonuje ruch ślizgający, dotykając naprzemiennie zewnętrznej i wewnętrznej powierzchni górnych siekaczy;
- przeciskanie języka przez zbliżone siekacze – masowanie siekaczami czubka języka;
- kłaskanie;
- mlaskanie – przyklejanie przedniej części języka do wałka dziąsłowego i odklejenie jej;
- naśladowanie ssania cukierka z przysysaniem przedniej części języka do podniebienia;
- odklejenie czubkiem języka kawałka opłatka umieszczonego na wałku dziąsłowym;
- zbieranie apeksem z talerzyka ziarenek ryżu preparowanego – czubek języka powinien być ostro zakończony i zbierać jak najmniejszą liczbę ziarenek ryżu (najlepiej jedno);
- umieszczenie czubka języka na wałku dziąsłowym i utrzymanie go w tej pozycji podczas ruchów otwierania i zamykania zębów / żuchwy;
- parskanie – wibrują wargi – zwrócenie uwagi na to, że podobnie będzie wibrował na wałku dziąsłowym czubek języka przy wymowie głoski [r]. Logopeda może zaprezentować wibrację apeksu, przedłużając realizację drażącej głoski [r] przy szeroko otwartych ustach. Należy pominąć to ćwiczenie przy rotacyzmie dwuwargowym i wargowo-zębowym;
- parskanie z czubkiem języka włożonym między wargi – w założeniu przeniesienie wibracji czy chociażby wrażenia łaskotania na czubek języka. Ćwiczenia tego nie wykonuje się przy rotacyzmie międzyzębowym, językowo-wargowym, dwuwargowym i wargowo-zębowym;
- zdmuchiwanie kawałka papieru z czubka języka włożonego między wargi. Pacjent wkłada między wargi czubek języka, na którym umieszcza się paperek, a następnie dmucha energicznie tak, aby odkleił się on od języka. Nie wykonuje się tego ćwiczenia przy rotacyzmie międzyzębowym, językowo-wargowym, dwuwargowym i wargowo-zębowym;

- wymawianie kilka razy dźwiękowej głoski [t] z jednoczesnym silnym dmuchaniem na czubek języka. Strumień powietrza jest przerywany szybkimi zvarciami apeksu z wałkiem dźwiękowym. Siłę wpływu powietrza logopeda demonstruje pacjentowi na skórze jego dłoni, podstawiając ją sobie przed usta w trakcie wykonywania ćwiczenia;
 - szybkie wymawianie przy szeroko otwartych ustach grupy spółgłoskowej, składającej się ze spółgłosek przedniojęzykowo-dźwiękowych [tr]. Głoska [r] nie będzie tu brzmiała prawidłowo i nie to jest celem tego ćwiczenia, chodzi mianowicie o ćwiczenie drobnych ruchów apeksu na wałku dźwiękowym [zob. Demel 1996]. Ćwiczenia wykonujemy tylko w wypadku dźwiękowych i niewibracyjnych realizacji fonemu /r/.
2. Uczulanie miejsca artykulacji głosek [l] i [r] – dotykanie wałka dźwiękowego patyczkiem higienicznym albo zimną łyżeczką.
 3. Demonstracja przy szeroko otwartych ustach artykulacji [l] i [r], omówienie różnicy w ruchach języka.
 4. Szybkie wymawianie lub śpiewanie (przy szeroko otwartych ustach) sylab: [la la la]. Najlepiej wykonywać to ćwiczenie przed lustrem. Żuchwa pozostaje wyraźnie opuszczona.
 5. Szybka, wielokrotna realizacja zbitki spółgłoskowej [td]. Logopeda demonstruje (przy szeroko otwartych ustach) dźwiękową wymowę [td td td td td], pacjent powtarza.
 6. Wielokrotne wymawianie przy szeroko otwartych ustach głoski dźwiękowej: [d] (poprzedzone demonstracją przez logopedę). Pacjent realizuje [d d d d d], a logopeda wprawia jego język w wibrację poprzez bardzo szybkie, pulsacyjne uderzanie patyczkiem higienicznym.¹⁴ Ruchy powinny być bardzo szybkie, drobne, w przód i w tył (przy napięciu całej ręki, a nie wyłącznie ruchach nadgarstka). Patyczek uderza w miejsce na linii centralnej nieco powyżej środka spodniej części uniesionego języka. Wymaga to od logopedy wprawy w pulsacyjnych ruchach dłonią z patyczkiem. Należy pamiętać o właściwym trzymaniu patyczka, przy jednym z jego końców, tak aby nie wkładać pacjentowi palców do jamy ustnej.
W wypadku gdy czubek języka pacjenta opada, trzeba podtrzymywać go patyczkiem. Warto też zastosować gest pomocniczy demonstrujący i przypominający ruch języka – dłoń skierowaną palcami do góry i wykonującą drobne ruchy w górę i w dół.
Warunkiem prawidłowego wykonania tego ćwiczenia jest szerokie otwarcie jamy ustnej wraz z odpowiednią pionizacją języka przy kilkukrotnej artykulacji dźwiękowej głoski [d] (w wypadku realizacji in-

¹⁴ Autorki nie polecają używania – do wywoływania głoski [r] – narzędzi takich jak szpatułki logopedyczne itp. Narzędzia te są twarde, a ich stosowanie może sprawiać pacjentowi ból.

nych głosek dźwiękowych, np. [l] lub przedłużonego [ż], ćwiczenie nie będzie skuteczne).

Działanie opisane w punkcie 6.¹⁵ można wykonać, wprawiając język w wibrację za pomocą wibratora logopedycznego – rerka (zadaniem pacjenta nadal jest wielokrotne powtarzanie dźwiękowego [d] przy szeroko otwartych ustach). Ten sposób pracy jest łatwiejszy dla logopedy, ponieważ nie trzeba uczyć się pulsacyjnego ruchu ręki z patyczkiem higienicznym. Z doświadczenia auterek wynika, że przy wywoływaniu [r] warto używać na zmianę obu narzędzi: patyczka higienicznego i rerka, gdyż dzięki temu uzyskuje się nieco inną amplitudę drgań przedniej części języka wraz z apeksem, co skutkuje szybszym uzyskaniem zamierzonego efektu terapeutycznego.

W literaturze przedmiotu można znaleźć zalecenie, aby przy wywoływaniu głoski [r] potrącać język lub nawet wędzidełko podjęzykowe na boki [zob. Demel 1996]. Nie jest to jednak zbyt efektywne ani komfortowe dla pacjenta, a może być nawet niebezpieczne. Zbyt silne działania mechaniczne mogą doprowadzić do przerwania błony wędzidełka.

7. Jeśli pacjent potrafi już swobodnie i w szybkim tempie wymawiać przy szeroko otwartych ustach dźwiękowe głoski [d], kolejnym krokiem będzie nauczenie go samodzielnego wprawiania języka w wibrację za pomocą palca lub patyczka higienicznego. Najpierw logopeda przed lustrem artykułuje głoski [d] i demonstruje, jak własnym palcem (lub patyczkiem) potrącać przy tym język na boki (oczywiście paznokcie muszą być krótko obcięte). Palec / patyczek znajduje się między czubkiem a środkową częścią uniesionego języka, nad miejscem przyczepu wędzidełka podjęzykowego. Takie umiejscowienie stymulacji mechanicznej jest bezpieczne i nie grozi np. naderwaniem wędzidełka podjęzykowego.

Przy wymawianiu: [d] i potrącaniu palcem / patyczkiem języka na boki powinien powstać dźwięk podobny brzmieniowo do głoski [r]. Jeżeli pacjentem jest dziecko, które ma trudności z jednoczesnym wykonywaniem czubkiem języka ruchów w górę i dół, a palcem / patyczkiem na boki, to logopeda prosi, żeby dziecko skupiło się tylko na ruchach języka, a sam bierze dłoń dziecka z wysuniętym palcem wskazującym lub trzymającą patyczek i wykonuje jego dłońmi ruchy na boki, potrącając przy tym język.

8. Kolejnym krokiem do uzyskania realizacji głoski [r] jest ćwiczenie, w którym na pierwszym etapie logopeda demonstruje pacjentowi bezdźwięczną artykulację: [r̥r̥r̥] (szerokie otwieranie ust nie jest tu konieczne). W dalszej kolejności kilkakrotnie wymawia dźwiękowe [r], silnie dmuchając przy tym na czubek języka i kończy wymową [r̥r̥r̥]. Podczas artykulacji dłoń pacjenta znajduje się blisko ust logopedy,

¹⁵ Podobnie jak w innych opisanych ćwiczeniach z użyciem patyczka higienicznego.

tym samym pacjent odczuwa siłę i niejednostajność wypływającego z jamy ustnej powietrza (zatem: [t t t t r r r r]).

Autorki nie polecają zaczynać opisanych tu ćwiczeń od realizacji głoski [d] i dążyć do wymowy [drrr], gdyż artykulacja bezdźwięczna jest na początku łatwiejsza dla pacjenta.

U niektórych osób już na tym etapie pojawia się wibracja apeksu, wtedy należy próbować wypowiadać [trrr] z zachowaniem dźwięczności głoski [r].

Niekiedy pacjentom, szczególnie dzieciom, trudno jest przejść w tym miejscu od bezdźwięcznej do dźwięcznej artykulacji.¹⁶ W takim wypadku do grupy: [t r r r] można dołączyć samogłoski, które jako głoski dźwięczne pomogą wymówić także dźwięcznie głoskę [r]: [t r r r -a], [t r r r -o], [t r r r -e], [t r r r -u], [t r r r -y], a następnie [t r r r a], [t r r r o], [t r r r e], [t r r r u], [t r r r y], aż do [t r r r a], [t r r r o], [t r r r e], [t r r r u], [t r r r y]. Głoska [t] nadal powinna być tu dźwięczna. Część pacjentów na tym etapie będzie już w stanie wymówić grupę dźwięcznych głosek: [drrr]. Podobnie jak poprzednio można dodać do niej samogłoski: [drrra], [drrro], [drrre], [drrru], [drrry].

Stopniowo skraca się wymowę [rrr], dążąc do naturalnie brzmiącej artykulacji sylab: [tra], [tro], [tre], [tru], [try], [dra], [dro], [dre], [dru], [dry]. Jeżeli pacjent potrafi już wymówić te sylaby, dalej należy postępować zgodnie z opisem podanym w punktach 10. i 11.

9. Opisane powyżej działania nie zawsze pozwolą na uzyskanie oczekiwanego efektu. Jeżeli po ich przeprowadzeniu nadal u pacjenta nie ma wibracji apeksu, należy prowadzić kolejne ćwiczenia. Na tym etapie autorki proponują zastąpienie [r] dwiema dźwięcznymi głoskami [dd], sylaby: *tra, tro, tre, tru, try, dra, dro, dre, dru, dry*, powinny być wymówione jako: [tdda], [tddo], [tdde], [tddu], [tddy] i [ddd a], [ddd o], [ddd e], [ddd u], [ddd y]. W momencie wymowy pierwszych głosek: [t] i [d] oraz dalszych [dd] – zastępujących [r] logopeda mechanicznie wprawia w wibrację język pacjenta za pomocą patyczka higienicznego lub rerka. Należy pamiętać, aby szybko wycofywać narzędzie z jamy ustnej, kiedy pacjent przechodzi do wymowy samogłoski w danej sylabie. W kolejnym etapie pacjent sam potrafi język na boki w trakcie wymowy ww. sylab. Wymaga to oczywiście szerokiego otwarcia jamy ustnej. Ćwiczenie to najlepiej wykonywać przed lustrem.

Zdarza się, że i ta faza pracy terapeutycznej trwa długo. Jeżeli nadal nie ma samoistnej wibracji apeksu, można wówczas wprowadzić artykulację wyrazów rozpoczynających się głoskami [tr] i [dr], takich jak: *trawa* [trava], *tron* [tron], *trampki* [trampk'i], *trąbka* [trompka], *droga* [droga], *druty* [druty], *dres* [dres], *drużyna* [drużyna] itp. Cały czas [r] zastępowane jest dźwięcznym [dd] (np. *trawa* [tddava], *tron* [tddon],

¹⁶ Przeprowadzając to ćwiczenie, szczególnie z dziećmi, można mówić o mowie głośnej (dźwięcznej) w opozycji do mowy szeptem (bezdźwięcznej).

droga [dddoga], *druty* [ddduty]), a logopeda mechanicznie wprawia język pacjenta w wibrację. Oczywiście logopeda szybko wyjmuje patyczek / rerek z jamy ustnej pacjenta po wymówieniu [tdd] czy [ddd], tak aby mógł on wymówić bez zniekształceń resztę wyrazu. Należy pamiętać, że nie można wykonywać tych ćwiczeń zbyt długo i bez przerwy, ponieważ są one trudne i mogą spowodować zmęczenie, a nawet lekki ból mięśni języka pacjenta.

W wypadku gdy u pacjenta nadal nie pojawiła się samoistna wibracja apeksu przy wymowie [r], można urozmaicić materiał językowy, ćwicząc artykulację [r] nadal jako dźwiękowego [dd] po [t] i [d], z mechanicznym wprawianiem języka w wibrację, ale w śródgłosie logatomów i wyrazów. Będą to zatem logatomy: *atra*, *otro*, *etre*, *utru*, *ytry*, *adra*, *odro*, *edre*, *udru*, *ydry* wymawiane jako [atdda], [otddo], [etdde], [utddu], [ytddy], [addda], [odddo], [eddde], [udddu], [ydddy] ze wspomaganiami mechanicznymi. Nieco później można wprowadzić połączenia z różnymi samogłoskami w nagłosie i wygłosie, np.: *atro*, *otre*, *edru*, *udry* wymawiane jako [atddo], [etdde], [edddu], [udddy]. Kolejno ćwiczy się taką wymowę w wyrazach, np. *cytryna* [cytddyna], *futryna* [futddyna], *wydra* [wyddda], *biedronka* [b i | edddonka].¹⁷ Należy pamiętać o umiejętnym posługiwaniu się patyczkiem / rerkim tak, aby pacjent mógł bez przeszkód wymówić początek i resztę wyrazu oprócz głosek: [tdd] i [ddd], przy których logopeda wprawia język w wibrację. Logopeda prosi zatem pacjenta o wymówienie jakiegoś wyrazu, wcześniej wyraźnie demonstrując artykulację, np. przy wymowie wyrazu: *biedronka* mówi: [b'i|e]_otwiera szeroko usta, unosi apeks do wałka dźwiękowego i mówi: [dddonka]. Kiedy pacjent powtarza, logopeda przy [ddd] wprawia język w wibrację. Przy wymowie wyrazu: *cytryna* mówi: [cy], otwiera szeroko usta, unosi apeks do wałka dźwiękowego i mówi: [tddyna], a kiedy pacjent powtarza, logopeda przy [tdd] wprawia język w wibrację patyczkiem / rerkim. Następnie można ćwiczyć wymowę [r] po [t], [d] w zdaniach typu: *Na straganie leżą truskawki* [na stddagańe leżoũ» tdduskafk'i], *Pod hydrantem mieszka wydra* [pot xydddantem m'i|eška vydddra], *Przed wędrownicem trudna droga* [pšed vendddofcem tddudna dddoga].

Dopóki u pacjenta nie pojawi się samodzielna wibracja apeksu przy głosce [r], nie ćwiczy się innych połączeń niż [r] po [t] i [d]! Należy pozostać na tym etapie do momentu pojawienia się wibracji apeksu przy [r] w tym sąsiedztwie fonetycznym. Wówczas można przystąpić do dalszych etapów terapii, czyli utrwalania [r] po [t] i [d] już bez mechanicznego wprawiania języka w wibrację, a następnie postępować tak, jak zostało to opisane w punkcie 10. i 11.

¹⁷ W artykule stosujemy zapis fonetyczny wg zasad wymowy warszawskiej [zob. Więcek-Poborczyk 2014].

10. Jeśli u pacjenta została już wywołana wibracja apeksu przy wymowie [r], należy dalej utrwać tę głoskę w sąsiedztwie [t] i [d].

Pacjent wymawia samodzielnie (bez wspomagania mechanicznego) określony materiał językowy z głoską [r]. Należy ćwiczyć realizację [r] w sylabach: [tra], [tro], [tre], [tru], [try] i [dra], [dro], [dre], [dru], [dry] i wyrazach rozpoczynających się tymi sylabami (np. *trampki, trening, drużyna, druty*). Następnie ćwiczy się logatomy z [tr] i [dr] w śródgłosie, np.: [atra], [otro], [etre], [utru], [ytry] i [adra], [odro], [edre], [udru], [ydry] oraz wyrazy z tymi grupami spółgłoskowymi w śródgłosie, np. *futro* [futro], *biedronka* [b'ɪ|edronka], *cytryna* [cytryna], *strażak* [strażak], *wydra* [vydra], *hydrant* [xydrant], itp. W dalszej kolejności utrwała się realizację [r] po [t] i [d] w zdaniach, np. *Siostra kupiła truskawki, Biedronka chodzi po futrynie, Strażak niesie drabinę* [Demel 1996, 76].

Należy zwrócić uwagę, szczególnie w wypadku terapii dzieci, czy pacjent na tym etapie nie wymawia głoski [r] przy szeroko otwartej jamie ustnej, co może być skutkiem długiego ćwiczenia tej artykulacji przy nisko opuszczonej żuchwie. Jeżeli tak będzie, należy ćwiczyć wymowę [r] przy naturalnym dla tej głoski ułożeniu żuchwy i otwieraniu żuchwy szerzej przy wymowie następującej po [r] samogłoski.

11. Warto zaznaczyć, że będzie taka grupa pacjentów – także dzieci, u których wraz z pojawieniem się wibracji apeksu podczas artykulacji [r] wykształca się umiejętność poprawnej realizacji tej głoski w każdej pozycji wyrazu i w każdym możliwym dla niej sąsiedztwie fonetycznym. Z pozostałymi pacjentami konieczne będzie jednak dalsze postępowanie terapeutyczne. Należy wówczas utrwać artykulację [r] w następującej kolejności:

- po [p], [b], [f], [v], [k], [g] w sylabach, wyrazach i zdaniach. Ćwiczymy [r] po wymienionych głoskach, najpierw w nagłosie, a później w śródgłosie, np. [pra], [pro], [pre], [pru], [pry], *pralka* [pralka], *prosto* [prosto], *prezent* [prezent], *próba* [pruba], *pryskać* [pryskać]; [apra], [opro], [apre], [upra], [ypry],¹⁸ *zaprasować* [zaprasować], *oprowadzić* [oprovażić], *zaprenumerować* [zaprenumerować], *uprac* [uprac]; *Kapral dostał w prezencie praliny* [kapral dostau» f prezenće pral'iny];
- następnie [r] w śródgłosie między samogłoskami w sylabach, wyrazach, zdaniach, np. [ara], [oro], [ere], [uru], [yry];¹⁹ *parasol* [parasol], *kareta* [kareta], *parowiec* [parov'i|ec] i zdaniach, np. *Czarodziej wyczarował koronę* [čarožej vyčarovau koroneŭ].
- w ostatnim etapie ćwiczymy wymowę [r] w nagłosie i wygłosie sylab w sąsiedztwie samogłoski, np. [ra], [ro], [re], [ru], [ry], [ar], [or], [er],

¹⁸ Samogłoskowe otoczenie fonetyczne grupy spółgłoskowej z głoską [r] może być dowolne.

¹⁹ Samogłoskowe otoczenie fonetyczne głoski [r] może być dowolne.

[ur], [yr] oraz w wyrazach w takim kontekście fonetycznym, np. *rak* [rak], *rama* [rama], *wór* [vur], *kangur* [kaŋgur]. Można ćwiczyć też na materiale zdaniowym, np. *Rafał wjechał rowerem w mur* [rafał v ʔexaʊ roverem v mur], *Regina kupiła od Radka mały bar* [regʲina kupʲiʎa od ratka maʎy bar].

Po przeprowadzeniu wyżej opisanych działań wymowa głoski [r] najczęściej ulega ustabilizowaniu. Dodatkowo można jeszcze ćwiczyć realizację [r] w trudniejszych kontekstach fonetycznych – w zbitkach spółgłoskowych, np. *Brda* [brda].

Terapię można zakończyć wtedy, kiedy pacjent swobodnie wypowiada [r] w każdej pozycji wyrazu i w każdym możliwym sąsiedztwie fonetycznym, prawidłowo artykułuje tę głoskę w mowie spontanicznej, a także potrafi wymówić poprawnie [r] w izolacji.

Terapia rotacyzmu stanowi wyzwanie dla wielu logopedów i ich pacjentów. Praca nad prawidłową wymową wariantu głównego fonemu /r/ wymaga cierpliwości i wytrwałości, a pierwsze sukcesy osiąga się nierzadko dopiero po kilku miesiącach intensywnej terapii. Ważne jest odpowiednie zmotywowanie pacjenta, odpowiednia intensywność i systematyczność wykonywanych działań. W wypadku terapii rotacyzmu u dzieci niezbędna jest pomoc najbliższego domowego środowiska dziecka – rodziców, opiekunów, dziadków czy starszego rodzeństwa oraz włączenie ich działań – wcześniej omówionych z logopedą – w program terapii.

Sukces, który osiąga się powoli, ale wspólnie, w którym dzieli się radość z pacjentem i jego najbliższym otoczeniem stanowi dla terapeuty największą satysfakcję i motywuje do dalszej pracy.

Bibliografia

- D. Antos, G. Demel, I. Styczek, 1971, *Jak usuwać seplenienie i inne wady wymowy*, Warszawa.
- G. Demel, 1996, *Minimum logopedyczne nauczyciela przedszkola*, Warszawa.
- D. Emiluta-Rozya, 2008, *Modyfikacja zestawienia form zaburzeń mowy H. Mierzejewskiej i D. Emiluty-Rozya* [w:] J. Porayski-Pomsta (red.), *Diagnoza i terapia w logopedii*, Warszawa, s. 25–37.
- D. Emiluta-Rozya, 1994, *Wspomaganie rozwoju mowy dziecka w wieku przedszkolnym*, Warszawa.
- L. Kaczmarek, 1997, *Nasze dziecko uczy się mowy*, Lublin.
- J.T. Kania, 1982, *Szkice logopedyczne*, Warszawa.
- J. Kwasiborska-Dudek, O. Jauer-Niworowska, D. Lipiec, I. Więcek-Poborczyk, M. Golanowska, A. Malinowska, 2013, *Znaki fonetyczne do zapisu poprawnych i zdeformowanych realizacji fonemów języka polskiego w alfabetych międzynarodowym i sławistycznym*, Gdańsk.
- D. Lipiec, I. Więcek-Poborczyk, 2018, *Normatywne i nienormatywne realizacje fonemu /r/ we współczesnym języku polskim* [w:] S. Sniatkowski, D. Emi-

- luta-Rozya (red.), *Norma i zaburzenia komunikacji językowej w kontekście edukacyjnym*, Warszawa.
- D. Lipiec, A. Woźniak, 2011, *O współpracy stomatologa z logopedą*, „Gabinet dentysty praktyka”, II, Warszawa.
- I. Michalak-Widera, 2010, *Rotacyzm u osób dorosłych: zagadnienia teoretyczne i praktyka logopedyczna*, „Forum Logopedyczne” nr 18, s. 54–57.
- H. Mierzejewska, D. Emiluta-Rozya, 1997, *Projekt zestawienia form zaburzeń mowy*, „Audiofonologia” t. 10, s. 37–48.
- H. Rodak, 1994, *Terapia dziecka z wadą wymowy*, Warszawa.
- B. Sambor, 2013, *Rotacyzm boczny międzyzębowy z zaburzeniami gryzienia, żucia, połykania: studium przypadku*, „Forum Logopedyczne” nr 21, s.109–116.
- E.M. Skorek, 2003, *Reranie. Profilaktyka, diagnoza, korekcja*, Kraków.
- A. Sołtys-Chmielowicz, 2001, *Rotacyzm*, „Logopedia” t. 29, s. 37–51.
- A. Sołtys-Chmielowicz, 2005, *Zaburzenia artykulacji [w:]* T. Gałkowski, E. Szelaż, G. Jastrzębowska (red.), *Podstawy neurologopedii*, s. 421–475.
- B. Wierzychowska, 1980, *Wymowa polska*, wyd. II, Wrocław.
- I. Więcek-Poborczyk, 2014, *Normy wymawianiowe polszczyzny a wariantywność wymowy*, Warszawa.
- J. Wójtowiczowa, H.M. Rodak, 1986, *Metody terapii logopedycznej dzieci z dyslalią*, Warszawa.
- J. Wójtowiczowa, H.M. Rodak, 1989, *Metodyka terapii logopedycznej, cz. II*, Warszawa.

Therapy of rhotacism in dyslalia

Summary

Rhotacism, Lat. rhotacismus, is an incorrect realisation of the phoneme /r/. Depending on the type of the phoneme realisation disturbance, mogirhotacism, pararhotacism, rhotacism proper, and complex disturbances (deformed substitutes) are distinguished. In all cases of non-standard realisations of phoneme /r/ by patients with dyslalia, it is necessary to introduce a speech therapy. This paper presents a detailed design of a speech therapy when eliciting and reinforcing sound [r] (the basic variant of phoneme /r/). This proposition of a speech therapy for rhotacism arose from many years of speech therapy practice and the knowledge of Polish phonetics and dyslalia. The demonstrated method was modified and improved as the knowledge expanded and experience increased.

Trans. Monika Czarnecka