



ANETA SYTA

Zakład Logopedii i Emisji Głosu, Uniwersytet Warszawski

Dyslalia ankyloglosyjna – wpływ na wymowę sześciolatków

Ankyloglossia – Its Influence on the Pronunciation in Six-year-olds

ABSTRACT: The authoress's main objective was to observe the relationship between the structure of frenulum in 6-year-olds and the children's pronunciation based on the carried-out research. The article discusses the influence of shortened lingual frenulum on the examined children's pronunciation, depending on the degree of shortening. What follows, the pronunciation of all the basic variants of Polish language phonemes as well as of consonant groups has been evaluated; moreover, the motility of speech organs has been studied as well as the phonemic hearing of the examined children. The results of own research have been presented against the background of various researchers' views on the influence of ankyloglossia on pronunciation.

KEY WORDS: dyslalia, ankyloglossia, six-year-old children

Prawidłowy przebieg procesu rozwoju mowy jest niezmiernie ważnym czynnikiem stanowiącym o jakości życia ludzkiego. Sprawny przebieg czynności budowania wypowiedzi umożliwia realizację potrzeb poznawczych człowieka, wchodzenie w interakcje z otoczeniem i właściwy poziom funkcjonowania społecznego. Zaburzenia mowy to pojęcie bardzo szerokie, które obejmuje wszelkie problemy związane z porozumiewaniem się językowym. W literaturze występuje wiele typów klasyfikacji zaburzeń mowy, z punktu widzenia zarówno objawów, jak i przyczyn. Jedną z wymienianych przyczyn zaburzeń mowy są nieprawidłowości w budowie aparatu artykulacyjnego, w tym krótkie wędzidełko języka – ankyloglosja.

Ustalenia terminologiczne

Wędzidełko języka (*frenulum, linquae*) to fałd błony śluzowej wznoszący się w linii pośrodkowej dolnej części języka. Przyczepione jest na dnie jamy ustnej, między obu mięskami podjęzykowymi. Wędzidełko normalnej wielkości ogranicza nadmierny ruch końca języka ku tyłowi. Jeśli wędzidełko jest krótkie i przeszkadza przy wysuwaniu końca języka, można je usunąć zabiegiem operacyjnym¹.

W *Polskim słowniku medycznym* czytamy, że „zdarzają się zaburzenia rozwojowe polegające na niedorozwoju wędzidełka języka i przyrośnięcie go do jamy ustnej, co utrudnia jego poruszanie, tak zwana ankyloglosja”².

Barbara Ostapiuk definiuje ankyloglosję jako „zaburzenie rozwojowe polegające na niedorozwoju wędzidełka języka i przyrośnięciu go do dna jamy ustnej, co uniemożliwia (utrudnia) jego poruszanie”³.

Według Ireny Styczek, krótkie wędzidełko rzadko jest przyczyną wadliwej wymowy, aczkolwiek niekiedy może ono utrudniać artykulacje spółgłosek [r, ʂ, ʐ, tʂ, dʒ]. Podcinanie wędzidełka jest na ogół bezcelowe, gdyż nowopowstała bliźna jeszcze bardziej je skraca, a reedukacja mowy daje w przypadku ankyloglosji najczęściej dobre wyniki.

Zdaniem Anny Sołtys-Chmielowicz:

Głoska *r* należy do tych, które sprawiają najwięcej kłopotów. Jej specyficzna artykulacja (wibracja czubka języka) nie występuje przy żadnej innej głosce, dlatego jej brak powoduje wadę tylko jednej głoski, co w języku polskim jest możliwe jedynie jeszcze przy nieprawidłowej artykulacji samogłoski. Przyczyną braku właściwej wymowy *r* bywa:

a) zbyt krótkie wędzidełko językowe (brak możliwości uzyskania *r* może być wskazaniem do podcięcia wędzidełka)⁴.

Halina Rodak wskazuje krótkie wędzidełko językowe jako jedną z przyczyn rotacyzmu, jednak w terapii tego zaburzenia nie wspomina o leczeniu chirurgicznym, koncentrując się wyłącznie na ćwiczeniach logopedycznych. Zgodnie z jej stanowiskiem:

[...] bezpośrednią przyczyną rotacyzmu bywa często niedostateczna sprawność ruchowa czubka języka, który nie wykonuje drobnych subtelných ruchów wibracyj-

¹ A. BOCHENEK: *Anatomia człowieka*. T. 2. Warszawa, Państwowe Zakłady Wydawnictw Lekarskich 1969, s. 104.

² *Polski słownik medyczny*. Kol. red. D. ALEKSANDROW et al. Red. odp. T. RÓŻNIATOWSKI. Warszawa, Państwowe Zakłady Wydawnictw Lekarskich 1981, s. 461.

³ B. OSTAPIUK: *Zaburzenia dźwiękowej realizacji fonemów języka polskiego – propozycja terminów i klasyfikacji*. „Audiofonologia” 1997, t. 10, s. 132.

⁴ A. SOŁTYS-CHMIELOWICZ: *Zaburzenia artykulacji. Teoria i praktyka*. Kraków, Impuls 2008, s. 117.

nych, koniecznych do wytworzenia prawidłowego /r/. Istotne znaczenie ma również sama budowa anatomiczna języka. Jeśli jest on zbyt długi i gruby, ze zbyt krótkim wędzidełkiem podjęzykowym, to nie wykona ruchów koniecznych do prawidłowej wymowy /r/⁵.

Prezentowane przez Ostapiuk wyniki badań dotyczące wędzidełka językowego wskazują, że ankyloglosja dotyczy około 70% populacji (częściej ma postać nieznaczną – około 38%, rzadziej średnią – około 25%, najrzadziej znaczną – około 5%), co oznacza, że logopeda bardzo często obcuje z dyslalią ankyloglosyjną. Jeżeli bagatelizuje ankyloglosję i znaczenie jej chirurgicznego leczenia, również często skazuje siebie i pacjenta na niepowodzenia w logopedycznej terapii, w najlepszym razie na jej wydłużenie i niepełne efekty⁶.

Dyslalia ankyloglosyjna w klasyfikacjach zaburzeń mowy

W klasyfikacji zaburzeń mowy ICD-10 wady wymowy wpisane są w grupę zaburzeń rozwoju psychicznego (psychologicznego), pod ogólnym hasłem: specyficzne zaburzenia rozwoju mowy i języka (F80), o których w opisie czytamy:

Zaburzenia te charakteryzują się upośledzeniem normalnych wzorców nabywania umiejętności językowych od wczesnych stadiów rozwoju. Stanów tych nie można bezpośrednio wiązać z zaburzeniami neurologicznymi, nieprawidłowościami mechanizmów mowy, zaburzeń sfery czuciowej, upośledzeniem umysłowym lub czynnikami środowiskowymi. Specyficzne zaburzenia rozwoju mowy i języka często pociągają za sobą problemy, takie jak: trudności w czytaniu i ortografii, zaburzenie związków interpersonalnych oraz odchylenia w zakresie emocji i zachowania⁷.

Kod F80.0 obejmuje specyficzne zaburzenia artykulacji, wśród których zostały wymienione: rozwojowe zaburzenie artykulacji, rozwojowe zaburzenie fonologiczne, dyslalia, czynnościowe zaburzenie artykulacji, lambdacyzm. Kod F80.8 obejmuje inne zaburzenia rozwoju mowy i języka.

Trudno odnaleźć kryterium, które stało się podstawą tego (braku) porządku: wyróżniono (obok dyslalii i zaburzeń artykulacji) tylko lambdacyzm (F80.0) i osobno – w innym kodzie szczegółowym – tylko seplenienie (F80.8), którego

⁵ H. RODAK: *Terapia dziecka z wadą wymowy*. Warszawa, Wydaw. Uniwersytetu Warszawskiego 1997, s. 50.

⁶ B. OSTAPIUK: *Dyslalia ankyloglosyjna. O krótkim wędzidełku języka, wadliwej wymowie i skuteczności terapii*. Szczecin, Wydaw. Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego 2013, s. 16–17.

⁷ *Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja dziesiąta. ICD-10*. Kraków, Vesalius 1994, s. 245.

nie ma wśród zaburzeń artykulacji, bo uznano je za zaburzenie rozwoju mowy i języka. Zrozumiałe, że dla wady wymowy spowodowanej krótkim wędzidełkiem języka w ICD-10 nie ma miejsca⁸.

W logopedycznej klasyfikacji zaburzeń mowy przedstawionej przez Stanisława Grabiasa nie znajdziemy terminu dyslalia ankyloglosyjna. Zaklasyfikowany został jedynie termin dyslalia, jako zaburzenie mowy związane z brakiem lub niedowładem sprawności realizacyjnych.

Przyczynowa klasyfikacja zaburzeń mowy, której autorką jest Irena Styczek, dzieli zaburzenia na wewnątrzpochodne i zewnątrzpochodne. Dyslalię ankyloglosyjną można przyporządkować do przyczyn wewnątrzpochodnych, a ściślej do nieprawidłowości w budowie anatomicznej narządów mowy powodujących dysglosję.

Natomiast według Leona Kaczmarka zaburzenia mowy można podzielić na trzy grupy: treści, formy językowej oraz substancji, te ostatnie – w dwóch płaszczyznach, suprasegmentalnej i segmentalnej. Dyslalię Kaczmarek zaliczył do zaburzeń substancji w płaszczyźnie segmentalnej⁹.

Istota dysfunkcji oraz językowe możliwości człowieka w przypadku skróconego wędzidełka podjęzykowego

Dyslalia ankyloglosyjna reprezentuje typ dyslalii pierwotnej. Jej objawy (niepożądane dźwiękowe reprezentacje jednego lub więcej niż jednego fonemu w mówionych tekstach językowych) są następstwem ograniczonego zakresu ruchów języka, którego przyczyną jest krótkie wędzidełko językowe (*ankyloglossia*)¹⁰.

Według Romana Michałowskiego, „zrost języka z dnem jamy ustnej ogranicza mniej lub bardziej jego ruchy, a w szczególności uniemożliwia wysuwanie go ku przodowi”¹¹. Badacz zaznacza również, że może to znacznie utrudniać ssanie oraz połykanie u niemowląt, natomiast u osób starszych – czynności mowy i żucia. Dodaje, że skrócone wędzidełko często występuje rodzinnie. Michałowski zaleca w przypadku bardzo krótkiego wędzidełka podcięcie go, co u dzieci pozwala uniknąć zaburzeń rozwojowych zębów, zaś u dorosłych poprawia wymowę.

⁸ B. OSTAPIUK: *Standard postępowania logopedycznego w dyslalii ankyloglosyjnej*. „Logopedia” 2008, t. 37, s. 158–159.

⁹ S. GRABIAS: *Perspektywy opisu zaburzeń mowy*. W: *Zaburzenia mowy. Mowa – teoria – praktyka*. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2001, s. 26–41.

¹⁰ B. OSTAPIUK: *Standard postępowania logopedycznego...*, s. 158.

¹¹ R. MICHAŁOWSKI: *Choroby warg i błony śluzowej jamy ustnej*. Warszawa, Państwowe Zakłady Wydawnictw Lekarskich 1981, s. 66.

Na podstawie przeprowadzonych badań Ostapiuk stwierdza, że krótkie wędzidełko przeszkadza w naturalnym i swobodnym tworzeniu spółgłosek i samogłosek. Tworzenie zrozumiałej mowy w ankyloglosji nie jest możliwe, gdyż inne narządy mogą częściowo wyręczyć język. Nieprawidłowe ruchy języka występujące nierozłącznie z ankyloglosją mogą powodować niepożądane pozycje i ruchy innych narządów kompensujących niedostatki języka w artykulacji, do których można zaliczyć:

- asymetrię warg;
- asymetrię żuchwy;
- nieopuszczanie żuchwy.

Ankyloglosja może również zniekształcać inne czynności wykonywane z udziałem języka (m.in. połykanie, ssanie), powodując zakłócenia w prawidłowym kształtowaniu układu stomatognatycznego (m.in. spoczynkowa pozycja języka, podniebienie, zgryz)¹².

Metodyka badań własnych

Celem przeprowadzonych badań było uzyskanie odpowiedzi na pytanie, jaki jest stan realizacji systemu fonologicznego u dzieci sześciolletnich ze skróceniem wędzidełka podjęzykowego i stąd z określonym ograniczeniem ruchomości języka. Badane dzieci ujęto w trzy grupy:

1. Dzieci z nieznacznym ograniczeniem ruchomości języka w pięciu ruchach.
2. Dzieci ze średnim ograniczeniem ruchomości języka w pięciu ruchach.
3. Dzieci ze znacznym ograniczeniem ruchomości języka w pięciu ruchach.

Na podstawie problemu głównego wyszczególniono dwa zagadnienia o węższym zakresie, a mianowicie:

1. Jak realizowana jest artykulacja poszczególnych głosek przez dzieci ze skróconym wędzidełkiem w różnym stopniu ograniczenia ruchomości języka?
2. Jak realizowane są grupy spółgłoskowe przez dzieci ze skróconym wędzidełkiem w różnym stopniu ograniczenia ruchomości języka?

Tym samym wysunięto główną hipotezę: stan realizacji systemu fonologicznego u dzieci sześciolletnich ze skróconym wędzidełkiem jest zróżnicowany. Im ograniczenie prostych ruchów języka u dziecka jest większe, tym można zauważyć więcej wadliwych realizacji.

Do oceny wędzidełka podjęzykowego wykorzystano następujące narzędzia badawcze:

¹² B. OSTAPIUK: *Dyslalia. O badaniu jakości wymowy w logopedii*. Szczecin, Wydaw. Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego 2013, s. 183–184.

1. Autorski kwestionariusz obrazkowy uwzględniający:
 - realizację głosek ze względu na stopień otwarcia narządów mowy: zwarte, szczelinowe, zwarto-szczelinowe, półotwarte, otwarte;
 - występowanie badanych głosek w każdej pozycji struktury wyrazu: nagłos, śródgłos, wygłos;
 - realizację spółgłosek w obustronnym sąsiedztwie samogłosek.
2. Kwestionariusz do badania realizacji grup spółgłoskowych¹³.

W języku polskim występują grupy spółgłoskowe składające się z dwóch, trzech, czterech, a czasami pięciu spółgłosek. W trakcie badań oceniano realizację następujących grup spółgłoskowych:

- w nagłosie: lwy, rdza, cztery, szmata, sznurek, szlaczek, szron, szczupak, szkoła, szpak, sztaba, żmija, żniwa, żbik, żwir;
- w śródgłosie: torba, order, warga, warkocz, narty, Maria, urlop, berło, termos, sarna, sernik, serce, Marcin, tarcza, perfumy, borsuk, Warszawa, serweta, album, Waldek, wilga, balkon, palto, lilia, palma, kelner, kopalnia, palce, kolczyk, olcha, beczka, poczta, liczba, muszka, oszczep, kasztan, łyżwy;
- w wygłosie: park, karp, tort, alarm, teatr, cierń, mors, dorsz, wilk, film, walc, deszcz, maszt.

3. Kwestionariusz „Badanie sprawności motorycznej narządów mowy” w opracowaniu Zdzisława Marka Kurkowskiego i Tomasza Woźniaka.

Kwestionariusz ten składa się z sześciu części. Cztery pierwsze dotyczą oceny sprawności motorycznej języka, warg, żuchwy i podniebienia miękkiego. Część piąta dotyczy opisu budowy anatomicznej narządów mowy, natomiast na szóstą składa się zestawienie wyników wykonanych prób i ocena końcowa.

4. Kwestionariusz do badania słuchu fonematycznego autorstwa Bronisława Ročławskiego¹⁴.

Podczas badania wykorzystano wszystkie wyrazowe pary opozycyjne zawarte w kwestionariuszu, a także próbę sylab nagłosowych.

5. Metoda do oceny wędzidełka opracowana przez Barbarę Ostapiuk¹⁵.

Ostapiuk proponuje oceniać wędzidełko języka w następujących pięciu ruchach języka:

- „J I – unoszenie szerokiego języka za górny łuk zębowy przy maksymalnym odwiedzeniu żuchwy;
- J II – unoszenie szerokiego języka za górny łuk zębowy szpatułką, wymuszając wzniesienie grzbietu języka, przy maksymalnym odwiedzeniu żuchwy;

¹³ S. MILEWSKI: *Lingwistyczne i dydaktyczne aspekty analizy fonemowej*. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 1999.

¹⁴ B. ROčŁAWSKI: *Słuch fonemowy i fonetyczny. Teoria i praktyka*. Gdańsk, Wydaw. Uniwersytetu Gdańskiego 1991.

¹⁵ B. OSTAPIUK: *Dziecięca artykulacja czy wada wymowy – między fizjologią a patologią*. „Logopedia” 2002, t. 31, s. 148–149.

- J III – zakrywanie czerwieni górnej wargi grzbietową powierzchnią końcowej części szerokiego języka przy swobodnie rozchylonych wargach (bez kontaktu dolnej powierzchni języka z dolną wargą i dolnym łukiem zębowym);
- J IV – sięganie końcem języka w najdalszy zakątek jamy ustnej (za ostatni ząb dolnego łuku zębowego);
- J V – wysuwanie języka na brodę przy maksymalnym odwiedzeniu żuchwy¹⁶.

Badane dzieci

Badaniem objęto 20 dzieci (12 chłopców oraz 8 dziewczynek) w wieku 6 lat. W badanej grupie znalazły się dzieci z nieznacznym, średnim i znacznym ograniczeniem ruchomości języka. O kwalifikacji dzieci do jednej z trzech wymienionych grup zdecydowały wyniki oceny wędzidełka języka w pięciu ruchach języka oraz przyjęte za Ostapiuk następujące kryteria oceny:

- „zakres ruchów (położenie różnych części języka względem różnych części jamy ustnej);
- kształt języka (położenie poszczególnych części języka względem siebie);
- zależność ruchów języka od ruchów warg i/lub żuchwy;
- stopień otwarcia jamy ustnej;
- napięcie wędzidełka języka (anemizacja tkanek miękkich, wgłobienia na czubku języka (tak zwane serduszko lub litera V), wgłobienia wzdłuż linii wędzidełka;
- ból lokalizowany przez pacjentów w miejscu przyczepów wędzidełka, w okolicy dna jamy ustnej.

O nieznacznym, średnim lub znacznym ograniczeniu ruchomości języka świadczą:

- nieznacznie, średnio lub znacznie ograniczony zakres ruchu i/lub
- nieznacznie, średnio lub znacznie odmienny kształt języka i/lub
- napięcie wędzidełka języka, anemizacja nagrzbietowej lub dolnej powierzchni języka, wgłobienia (apeks, linia wędzidełka, brzeg języka) i/lub
- nieznaczna, średnia lub znaczna zależność ruchowa języka od warg lub żuchwy (trudności z wykonaniem ruchów przy jednoczesnym opuszczeniu żuchwy)¹⁷.

Na tej podstawie stwierdzono, że w dwudziestoosobowej własnej grupie badawczej: 8 dzieci (4 chłopców i 4 dziewczynki) reprezentuje obraz nieznacznego ograniczenia ruchomości języka w pięciu ruchach; 5 dzieci (4 chłopców

¹⁶ Ibidem.

¹⁷ B. OSTAPIUK: *Dyslalia ankyloglosyjna...*, s. 60–65.

i 1 dziewczynka) reprezentuje obraz średniego ograniczenia ruchomości języka w pięciu ruchach; 7 dzieci (5 chłopców i 2 dziewczynki) reprezentuje obraz znacznego ograniczenia ruchomości języka w pięciu ruchach.

Organizacja i przebieg badania

Wszystkie badania odbyły się od października 2014 roku do kwietnia 2015 roku w dwóch lubelskich przedszkolach i jednej poradni psychologiczno-pedagogicznej. W przypadku każdego dziecka badania były prowadzone w oddzielnym pomieszczeniu przeznaczonym do terapii logopedycznej (gabinet taki posiadała każda ze wspomnianych placówek), z wykorzystaniem wszystkich opisanych narzędzi i prób. Oczywistym warunkiem przeprowadzenia badań było uzyskanie zgody rodziców dzieci oraz dyrekcji placówek.

Prezentacja i analiza wyników badań

Badanie sprawności motorycznej narządów mowy

Sześciolatki z nieznacznym stopniem skrócenia wędzidełka całkiem dobrze poradziły sobie z wykonaniem prób służących ocenie sprawności motorycznej narządów mowy. Dzieci miały jedynie nieznaczne problemy z uniesieniem grzbietu języka (koci grzbiet) oraz z wykonywaniem ruchów języka w płaszczyźnie pionowej (uniesienie języka do dziąseł oraz dotykania kolejno górnych zębów). Próby dotyczące oceny sprawności warg, żuchwy i podniebienia miękkiego wypadły bardzo dobrze.

W pięcioosobowej grupie dzieci ze średnim stopniem skrócenia wędzidełka problemy sprawiły wszystkie próby dotyczące oceny sprawności języka (szczególnie dotykanie kolejno górnych zębów, kłaskanie, unoszenie przedniej części języka do dziąseł). Natomiast, podobnie jak w grupie osób z niezacznym stopniem skrócenia wędzidełka, dzieci dobrze poradziły sobie z próbami dotyczącymi sprawności warg, żuchwy oraz podniebienia miękkiego.

Nieco inaczej przedstawiła się sytuacja u sześciolatek ze znacznym stopniem skrócenia wędzidełka. Ani jedno dziecko z siedmioosobowej grupy nie wykonało poprawnie prób dotyczących oceny języka. Dzieci nie były w stanie cofnąć języka ani oblizać językiem górnej wargi. Trudności sprawiało im ułożenie z języka miseczki oraz wysunięcie języka i utrzymanie go przez chwilę w tej pozycji. Troje

dzieci przy ocenie sprawności warg miało problem ze złapaniem zębami dolnej wargi i z gwizdaniem. U dwóch chłopców wystąpiły problemy z nałożeniem górnej wargi na dolną, a nawet z nadęciem policzków. Z próbami dotyczącymi oceny sprawności żuchwy i sprawności podniebienia miękkiego wszystkie badane dzieci w tej grupie poradziły sobie dobrze.

Badanie słuchu fonematycznego

Podczas wykonywania całego testu wszystkie dzieci świetnie poradziły sobie z tym zadaniem, nie stwierdzono żadnych nieprawidłowości w funkcjonowaniu słuchu fonematycznego.

Badanie artykulacji

Analiza wyników badania artykulacji – przeprowadzonego za pomocą autorskiego kwestionariusza obrazkowego – pozwoliła zaobserwować następującą prawidłowość: liczba nieprawidłowych realizacji fonemów jest proporcjonalna do zakresu ograniczenia ruchomości języka w pięciu ruchach. Oznacza to, że im większe jest ograniczenie ruchów języka, tym więcej można znaleźć wadliwych realizacji. Z badań wynika, że rzadko błędnie realizowane są fonemy dwuwarstwowe: /p/, /b/, /m/ oraz tylnojęzykowe: /k/, /g/, /x/. Częściej można zaobserwować nieprawidłowości w artykulacji fonemu przedniojęzykowo-zębowych: /s/, /z/, /tʃ/, /dʒ/. Najczęściej niepoprawnie realizowane są (niezależnie od stopnia skrócenia wędzidełka) fonemy przedniojęzykowo-dziąsłowe /r/, /ʃ/, /z/, /tʃ/, /dʒ/, /l/ oraz palatalne /ç/, /j/, /ɲ/.

U dzieci z nieznacznym stopniem skrócenia wędzidełka niekiedy zdarzają się prawidłowe realizacje fonemu /r/ oraz /l/, rzadko występują elizje. Dzieci ze średnim stopniem ograniczenia ruchomości języka mają zdecydowanie więcej problemów z większością fonemów i rzadko zdarza się prawidłowa artykulacja wcześniej tu wymienionych. Natomiast w grupie sześciolatków ze znacznym ograniczeniem ruchomości w pięciu ruchach występują również elizje fonemów (szczególnie: /r/, /l/, /ʃ/, /z/, /tʃ/, /ç/, /tʃ/).

We wszystkich trzech grupach badanych dzieci najczęściej obserwowano substitucje wszystkich wymienionych fonemów. Powszechna była również artykulacja międzyzębowa, boczna lewostronna oraz przyzębowa.

Badanie realizacji grup spółgłoskowych

Grupy spółgłoskowe zostały uporządkowane według ich pozycji w wyrazie, czyli w nagłosie, śródgłosie oraz wygłosie. Warto podkreślić, że jedną ze spółgłosek w grupie zawsze była przedniojęzykowo-dziąsłowa. Badane dzieci miały problemy z realizacją wszystkich ocenianych grup. Liczba nieprawidłowych realizacji rosła w zależności od stopnia ograniczenia ruchomości języka, począwszy od nieznacznego, poprzez średnie i znaczne. Podobnie jak w badaniu z wykorzystaniem kwestionariusza obrazkowego, odnotowano najwięcej realizacji międzyzębowych, bocznych i przyzębowych, a ponadto – deformacje wargowo-zębowe oraz elizje grup spółgłoskowych. Najwięcej nieprawidłowych realizacji zaobserwowano w obrębie nagłosowych i śródgłosowych grup spółgłoskowych.

Podsumowanie

Na podstawie przeprowadzonych badań można stwierdzić, że im większe jest ograniczenie prostych ruchów języka u dziecka, tym więcej można zauważyć wadliwych realizacji. Fonemy, w których realizacji szczególnie wyraźnie manifestuje się ta prawidłowość, to: /l/ i /r/, jak również /ɲ/, /j/, /c/. Należy wyraźnie podkreślić, że nie jest to jedyna grupa głosek, która ulega zaburzeniom w przypadkach skróconego wędzidełka językowego. Pomimo niepokojących danych statystycznych, o których pisze Ostapiuk w odniesieniu do populacji dotkniętej ankyloglosją, należy zwrócić uwagę na fakt, że wada ta w porównaniu do innych przyczyn anatomicznych nieprawidłowej wymowy jest stosunkowo łatwa do usunięcia. Warunkiem uzyskania pozytywnego efektu jest fachowo postawiona diagnoza, konsultacja i ewentualna interwencja laryngologiczna, a następnie prawidłowo zaprogramowany i przeprowadzony proces terapii.

Bibliografia

- BOCHENEK A.: *Anatomia człowieka*. T. 2. Warszawa, Państwowe Zakłady Wydawnictw Lekarskich 1969.
- GRABIAS S.: *Perspektywy opisu zaburzeń mowy*. W: *Zaburzenia mowy. Mowa – teoria – praktyka*. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2001, s. 12–41.
- MACKIEWICZ B.: *Wybrane zagadnienia ortodontyczne dla logopedów*. Gdańsk, Wydaw. Uniwersytetu Gdańskiego 1983.

- MICHAŁOWSKI R.: *Choroby warg i błony śluzowej jamy ustnej*. Warszawa, Państwowe Zakłady Wydawnictw Lekarskich 1981.
- Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja dziesiąta. ICD-10*. Kraków, Vesalius 1994.
- MILEWSKI S.: *Lingwistyczne i dydaktyczne aspekty analizy fonemowej*. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 1999.
- OSTAPIUK B.: *Dyslalia. O badaniu jakości wymowy w logopedii*. Szczecin, Wydaw. Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego 2013.
- OSTAPIUK B.: *Dyslalia ankyloglosyjna. O krótkim wędzidełku języka, wadliwej wymowie i skuteczności terapii*. Szczecin, Wydaw. Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego 2013.
- OSTAPIUK B.: *Dziecięca artykulacja czy wada wymowy – między fizjologią a patologią*. „Logopedia” 2002, t. 31, s. 95–156.
- OSTAPIUK B.: *Rodzaje i jakość dźwiękowych realizacji polskiego fonemu „r” w ankyloglosji*. „Logopedia” 2002, t. 30, s. 91–103.
- OSTAPIUK B.: *Standard postępowania logopedycznego w dyslalii ankyloglosyjnej*. „Logopedia” 2008, t. 37, s. 141–166.
- OSTAPIUK B.: *Zaburzenia dźwiękowej realizacji fonemów języka polskiego – propozycja terminów i klasyfikacji*. „Audiofonologia” 1997, t. 10, s. 17–136.
- Polski słownik medyczny*. Kol. red. D. ALEKSANDROW et al. Red. odp. T. RÓŻNIATOWSKI. Warszawa, Państwowe Zakłady Wydawnictw Lekarskich 1981.
- ROCLAWSKI B.: *Słuch fonemowy i fonetyczny. Teoria i praktyka*. Gdańsk, Wydaw. Uniwersytetu Gdańskiego 1991.
- RODAK H.: *Terapia dziecka z wadą wymowy*. Warszawa, Wydaw. Uniwersytetu Warszawskiego 1997.
- SOŁTYS-CHMIELOWICZ A.: *Zaburzenia artykulacji. Teoria i praktyka*. Kraków, Impuls 2008.
- STYCZEK I.: *Logopedia*. Warszawa, PWN 1979.