

Agnieszka Banaszekiewicz\* 

## Terapia logopedyczna mowy rozszczepowej oraz ocena podjętych działań na podstawie studium przypadku obejmującego dziewięć lat życia dziecka

Cleft speech therapy and assessment of measures taken  
on the basis of a case study involving 9 years of a child's life

**Słowa kluczowe:** językoznawstwo, logopedia, terapia logopedyczna, rozszczep wargi i podniebienia, mowa  
rozszczepowa, dyslalia rozszczepowa, dwujęzyczność

**Keywords:** linguistics, logopaedics, speech therapy, cleft lip and palate, cleft speech, cleft dyslalia, bilingualism

### Wprowadzenie

Dziecko, które przychodzi na świat z rozszczepem podniebienia, od razu staje się pacjentem. Od tego dnia przechodzi liczne badania medyczne. Mają one za zadanie dookreślenie rodzaju wady rozszczepowej oraz potwierdzenie bądź wykluczenie innych chorób.

Głównym celem postępowania medycznego w przypadku wystąpienia wady rozszczepowej jako pojedynczej choroby (wady małej) jest zbudowanie właściwych warunków anatomicznych dziecka wraz z możliwością uzyskania prawidłowej funkcjonalności układu stomatognatycznego. Wymaga to operacji chirurgicznej (jednej bądź kilku) oraz leczenia ortodontycznego, które potrzebne jest praktycznie zawsze [Ellis III, 2001, s. 691]. W skład zespołu interdyscyplinarnego pracującego z pacjentem wchodzi – oprócz chirurga i ortodonta: pediatra, neonatolog, stomatolog, foniatra, laryngolog, logopeda, psycholog, a nie-raz też neurolog dziecięcy, endokrynolog, audiolog, okulista, radiolog, pulmonolog, genetyk, protetyk stomatologiczny, pracownik socjalny [Shprintzen, 1995, s. 12–15].

\* Uniwersytet Gdański, Wydział Filologiczny, Katedra Logopedii, ul. Wita Stwosza 58, 80-308 Gdańsk, e-mail: [agnieszka.banaszekiewicz@ug.edu.pl](mailto:agnieszka.banaszekiewicz@ug.edu.pl), <https://orcid.org/0000-0001-5630-7237>

Pacjenci z wadą rozszczepową w obrębie twarzoczaszki powinni mieć zapewnioną terapię logopedyczną, gdyż u prawie wszystkich występują zaburzenia mowy. Opiekę tę należy rozpocząć w momencie urodzenia dziecka. Musi ona obejmować różne działania, zmieniające się w zależności od wieku i potrzeb pacjenta [Pluta-Wojciechowska, 2011, s. 401–410]. Niestety, nie zawsze dziecko ma zapewnioną taką terapię [Banaszkiewicz, 2011, s. 53–57]. Na wystąpienie problemów artykulacyjnych u dziecka z rozszczepem wpływają takie czynniki, jak zaburzenia ssania i połykania, oddychania, żucia, rozwoju układu kostnego i mięśniowego części twarzowej czaszki, analizatora słuchowego, niedosłuch (występujący nawet w 50% przypadków), a także zaburzenia rozwoju emocjonalnego i społecznego [Ellis III, 2001, s. 691; Hortis-Dzierzbicka, Dudkiewicz, Stecko, 2005, s. 119–123].

## Metodologia

Celem prezentowanego studium przypadku jest przedstawienie przebiegu terapii mowy pacjentki. Opisywana terapia logopedyczna rozpoczęła się w lutym 2010 roku, gdy dziecko miało 7 lat i 4 miesiące, i była kontynuowana przez cztery i pół roku. Później (do czerwca 2019 roku) mowa i społeczne funkcjonowanie dziewczynki były oceniane w czasie sporadycznych konsultacji. Umożliwiło to ukazanie skuteczności niektórych technik terapeutycznych, efektywności prowadzonej terapii, a także problemów wpływających na sprawności językowe związane z niektórymi aspektami zdrowotnymi oraz funkcjonowaniem społecznym dziecka w wieku od 7 do 16 lat z wadą wrodzoną twarzoczaszki.

Materiał badawczy stanowią karty diagnozy logopedycznej oraz przebiegu zajęć terapeutycznych przeprowadzonych przez autorkę tekstu, a także zgromadzony bogaty materiał wideo. Poza tym wykorzystano dokumenty medyczne, wywiady prowadzone z mamą dziewczynki, a w okresie późniejszym również z nią samą.

Logopedyczne postępowanie diagnostyczne zostało przeprowadzone zgodnie z instrukcjami zawartymi w podręcznikach logopedycznych [Styczek, 1979, s. 220–249; Jastrzębowska, Pelc-Pękała, 2003, s. 309–326], standardach postępowania logopedycznego [Pluta-Wojciechowska, 2008, s. 193–196] oraz z wykorzystaniem publikacji logopedycznych przywołanych poniżej przy poszczególnych badaniach.

## Dane z wywiadu i analizy dokumentacji medycznej

Asia urodziła się w październiku 2002 roku. Dla mamy był to drugi z trzech porodów. W rodzinie nie występowały żadne wady wrodzone, dwaj bracia dziewczynki urodzili się zdrowi. Asia przyszła na świat w terminie, poród był pośladowy, po urodzeniu ważyła 3360 g, mierzyła 60 cm, otrzymała 9 punktów w skali Apgar. Cięża

była zagrożona odklejeniem łożyska w 9.–11. tygodniu życia płodowego. Po porodzie stwierdzono całkowity jednostronny rozszczep wargi i podniebienia (prawy). Operacja wargi odbyła się, gdy pacjentka miała 6 i pół miesiąca, a dwa miesiące później miała miejsce operacja podniebienia. Operacja wszczepu w wyrostek zębodołowy okazała się niepotrzebna.

W 2009 roku dziewczynce zostały usunięte migdałki podniebienne, co z reguły nie jest zalecane dzieciom z rozszczepem podniebienia, ale w tym przypadku zdecydowano się na to ze względu na ich silną infekcję. Niestety, według mamy dziewczynki po tej operacji nosowanie otwarte mocno się nasiliło, a mowa pogorszyła się również pod względem ilościowym. Należy dodać, że podczas tej operacji nastąpiły powikłania (niespodziewane krwawienie) i dziecko było jeszcze tego samego dnia operowane ponownie.

W kwietniu 2010 roku u Asi wykonana została faryngoplastyka zwieraczowa [zob. Hortis-Dzierzbicka, Dudkiewicz, Stecko, 2000, s. 18–19]. W dokumentacji z tego roku odnalazłam również informację o przetoce – połączeniu przedsiionka z jamą nosową na wysokości kła z prawej strony. Nie jest to typowy otwór resztkowy przy tego typu wadach, nie został zamknięty do dziś.

U dziewczynki zdiagnozowano niedosłuch, głębszy ucha lewego (około 40 dB), przy czym jakość słyszenia zmieniała się w zależności od stanu zdrowotnego: w okresach nieżyty górnych dróg oddechowych niedosłuch okresowy obejmował oboje uszu, a lewego dodatkowo się pogłębiał. Na przestrzeni lat, dzięki leczeniu laryngologicznemu, stan ten się poprawił. Obecnie Asia funkcjonuje dobrze, sama ocenia, że słyszy dobrze, choć w lewym uchu w dalszym ciągu ubytek słuchu jest lekki.

Chirurg, który zaplanował operację, zalecił zintensyfikowanie terapii logopedycznej i w ten sposób dziecko trafiło do mnie. Dziewczynka korzystała wtedy z zajęć logopedycznych w klasach 0 i I w szkole, do której uczęszczała. Podczas tych zajęć, co udało mi się ustalić z mamą i dzieckiem, wykonywane były wyłącznie ćwiczenia zaliczane do grupy wstępnych w terapii logopedycznej [Walencik-Topiłko, 2005, s. 303–304] lub zadania z zakresu nauki czytania i pisanie. Nie podejmowano prób ćwiczeń artykulacyjnych, a dziewczynka nie otrzymywała zadań do wykonywania w domu. Wcześniej, w wieku od 3 do 5 lat, dziewczynka korzystała z zajęć logopedycznych w jednej z poradni psychologiczno-pedagogicznych. Prowadząca ją logopedka odeszła na emeryturę, nie otrzymałam żadnych dokumentów do wglądu z tego okresu.

Dziewczynka miała i ma bardzo dobrą sytuację rodzinną i bytową. Mama, z wykształcenia pielęgniarka, przybyła do Polski z Ukrainy przed urodzeniem Asi. Cała rodzina biegle posługuje się językiem polskim, choć u mamy słychać obcy akcent.

Asia w momencie pierwszego badania miała 7 lat i 4 miesiące i chodziła do I klasy powszechnej szkoły podstawowej. Była to klasa integracyjna, w której oprócz wychowawcy pracował nauczyciel wspomagający (do VI klasy). Mama dziecka zawsze bardzo wysoko oceniała pracę obu tych nauczycieli. Obserwowano problemy z nauką

w szkole, szczególnie z czytaniem. Nie występowały natomiast problemy z akceptacją wyglądu (choć blizna poroższczeniowa oraz deformacja nosa były widoczne, zob. tabela 1) czy mowy dziewczynki w klasie ani na podwórku.

## Wyniki badań diagnostycznych – 2010 rok

### Wyniki badań podstawowych

Dziecko rozumiało kierowane do niego komunikaty i odpowiadało adekwatnie do wieku pod względem gramatycznym. Zadawało pytania. Wypowiedzi były jednak dość krótkie, nastawione na pragmatykę. Pogłębione badanie zasobu słownictwa czynnego i biernego wykazało, że słownictwo było uboższe niż oczekiwane od dziecka w klasie pierwszej [Rodak, Nawrocka, 1994; Paluch, Mikosza, Drewniak-Wołosz, 2003].

Do badań wymowy wykorzystano kartę badania mowy Ireny Styczek [1979, s. 234–235], która ustaliła system fonemowy języka polskiego wykorzystywany w praktyce logopedycznej [Styczek, 1979, s. 41–42, 111–119; por. Antos, Demel, Styczek, 1967, s. 7], bazując na opracowaniach Zdzisława Stiebera [1966], Wiktora Jassema [1973] i Tadeusza Milewskiego [1965] [Styczek, 1979, s. 41–42].

Zaburzenia artykulacji oceniono jako bardzo poważne: nosowe zabarwienie głosu, unosowiona wymowa samogłosek ustnych, głoska [i] artykułowana nosowo ze zwarcie podniebienne-tylnojęzykowym, samogłoski nosowe tożsame z ustnymi – odnosowione, na przykład bardziej słyszalne /ido/ niż /idɔ/. Wszystkie spółgłoski ustne były unosowione. Głoski dwuwargowe [p] i [b] dziewczynka wymawiała bez uzyskania dostatecznego ciśnienia w jamie ustnej, dodatkowo [b] było ubezdźwięcznione lub unosowione (zrównane z [m]). Głoska [t] zastępowana przez [k], która jeszcze wymawiana była w niektórych kontekstach fonetycznych z dodatkowym dźwiękiem krtaniowym. Głoski [d] i [n] zastępowane były przez [ŋ], a głoska [g] często wymawiana z dodatkowym zwarcie krtaniowym, dźwięcznie. Głoski wargowo-zębowe [f] i [v] dziewczynka realizowała dwuwargowo, podobnie jak [p] i [b] opisane powyżej, opozycja dźwięczności była zachowana. Wszystkie głoski dentalizowane realizowane były w postaci dwóch dźwięków, szczelinowe jako szczeliny nosowe, a zwarto-szczelinowe tożsamo z [k] lub [g].

Do mniej niepokojących zjawisk fonetycznych zaliczyłam głoskę [ɨ] wymawianą prawidłowo lub jako [ń], głoskę [l] artykułowaną prawidłowo lub przyzębowo, głoskę [r] wymawianą jak [l], często jednoderzeniowo przyzębowo. Cieszyło mnie zachowanie opozycji dźwięczności w większości głosek oraz brak współruchów mimicznych.

Głoski zmiękczone artykułowane były z właściwą palatalizacją, deformowane podobnie jak ich twarde odpowiedniki.

Prawidłowo wymawiane głoski to [m], [ń], [x] oraz [ɥ].

## Wyniki badań uzupełniających

W zakresie warunków anatomicznych stwierdzono podniebienie twarde z widoczną blizną, dość nisko wysklepione, w wyrostku zębodołowym widoczna nieduża szczelina rozszczepu. Podniebienie miękkie było dość krótkie, bez języczka, niesymetryczne pod względem budowy i ruchomości, z widoczną blizną. Uzębienie niepełne – w szczęcie brakowało siekacza przyśrodkowego prawego i obu siekaczy bocznych, w żuchwie zaś siekacza przyśrodkowego lewego i obu siekaczy bocznych.

Badanie czynności oddechowych pokazało oddychanie torem ustnym. Ułożenie języka w spoczynku na dnie jamy ustnej było „bardzo niskie” według klasyfikacji Alderica Artese i wsp. [2011, s. 144]. Zaobserwowano połykanie nieprawidłowe – infantylne, z tłoczeniem języka na dolne zęby według opisu Bohdana Mackiewicza [2002, s. 90–91].

Sprawność motoryczną języka oceniono jako średnią, a sprawność motoryczną warg jako zaburzoną w stopniu wysokim [Minczakiewicz, 1997, s. 210–211].

Pamięć słuchowa okazała się słaba, a słuch fonemowy i fonetyczny zaburzony [Rocławski, 2001].

W piśmie dziewczynka często wymiennie stosowała litery *k – t*, *g – d – z*, *s – z*, rzadziej i niekonsekwentnie pojawiały się inne zamiany.

## Prognoza, założenia terapeutyczne

Najistotniejsze czynniki wpływające na jakość mowy badanej dziewczynki to: bliźny porozszczepowe, krótkie i niewłaściwie funkcjonujące podniebienie miękkie, szczelina rozszczepu wyrostka zębodołowego, przetoka z przedsionka do jamy nosowej, usunięte migdałki powodujące powiększenie jamy gardłowej, nieprawidłowości zębowe, niedosłuch jednostronny okresowo się nasilający, słaba percepcja słuchowa, niedokształcenie słuchu fonematycznego, dysfunkcje narządu żucia oraz niska sprawność artykulatorów.

Wymienione powyżej przyczyny, stopień nasilenia zaburzenia wymowy, a także wiek dziecka nie rokowały pozytywnie w zakresie szybkiej i skutecznej terapii. Jednak zarówno dziewczynka, jak i jej mama były zmotywowane do pracy. Korzystały z pomocy chirurga, ortodonta i laryngologa ze specjalnością foniatryczną. Oczekiwałam też, że po zabiegu faryngoplastyki poprawi się stan anatomiczny podniebienia miękkiego.

Najważniejszymi celami zaplanowanej terapii było poprawienie jakości artykulacji, wzbogacenie słownictwa i składni oraz wyeliminowanie bezpośrednich przyczyn trudności w nauce pisania w postaci zaburzeń słuchowych. W pierwszej kolejności zaplanowane zostały ćwiczenia oddechowe, fonacyjne, usprawniające wszystkie ruchome narządy mowy, słuchowe, w drugiej zaś usuwanie dysfunkcji narządu żucia. Wywoływanie głosek i ich utrwalanie chciałam wprowadzić tak szybko, jak będzie

to możliwe, ustalając ich kolejność według tego, która z nich będzie w danym momencie dla dziecka najłatwiejsza. Założyłam, że wywołanie dźwięku bez żadnego rezonansu nosowego może się nie udać. Postanowiłam skupić się na cechach fonetycznych głosek w odniesieniu do ich miejsca i sposobu realizacji, a także udziału wiązań głosowych oraz na zmniejszeniu rezonansu nosowego. W celu wyeliminowania możliwych niepożądanych skutków dwu-, a nawet trzyjęzyczności (w szkole dziewczynka uczyła się języka angielskiego), poprosiłam mamę, aby w najbliższych miesiącach starała się używać przede wszystkim języka polskiego. Spotkania zostały zaplanowane raz w tygodniu po 45 minut. Po każdym zajęciu dziecko otrzymywało zadanie do wykonania oraz ćwiczenia do codziennego utrwalania w domu. Początkowo pracowało z mamą, a po upływie lat samo.

W szkole dziewczynka nadal korzystała z zajęć logopedycznych. Logopedka z tej placówki nie zgodziła się na żadną formę współpracy, w dalszym ciągu wykonywała wyłącznie ćwiczenia wstępne w terapii logopedycznej, przy czym stopniowo zajęcia te przyjęły formę terapii pedagogicznej, grupowej.

## Przebieg terapii

W pierwszej kolejności skupiliśmy się na ćwiczeniach oddechowych, fonacyjnych z użyciem samogłosek i ćwiczeniach sprawności warg. Poza tym opracowałam zestaw ćwiczeń motoryki języka, zuchwy i podniebienia miękkiego. W tym momencie terapii dziecko zostało poddane faryngoplastyce. Efektem zabiegu było to, że po okresie rekonwalescencji zmniejszyło się nosowe zabarwienie głosu. Polepszeniu uległo również napięcie głosu. Na nowo podjęliśmy pracę nad zaplanowanymi wcześniej ćwiczeniami, a dzięki usprawnieniu motoryki warg zaczęłam przygotowywać się do pracy nad głoską [p], zalecanej przez Irenę Łyżyczkę [1978, s. 55] jako pierwsza do wywołania w sytuacji dyslalii rozszczepowej.

Wywołanie głoski [p] było możliwe dzięki zastosowaniu ćwiczeń warg i podniebienia miękkiego, tzw. baloników z policzków. Po uzyskaniu jak najwyższego ciśnienia w jamie ustnej (bardzo twarde policzki), dziecko miało wypuścić przez usta powietrze, z czasem z dodatkowym dźwiękiem „py”. Ułatwieniem było wykonanie tej czynności na zapaloną świeczkę, która miała zgasnąć, lub na piórko ustawione przed ustami, które miało się poruszyć, albo płatki położone na rozwartą dłoń tak, aby sfrunęły. Głoska [p] została utrwalona w sylabach i logotomach oraz w wyrazach w pozycji prewokalicznej w nagłosie. Wybrano do utrwalenia również kilka wyrazów, w których ćwiczona głoska znalazła się w pozycji interwokalicznej, np. [upa], [lupa]. Uznano, że w innych wyrazach (zawierających grupy spółgłoskowe) prawidłowe realizowanie tego dźwięku będzie za trudne [zob. Łyżyczka, 1978, s. 55; Banaszkiewicz, Walencik-Topiłko, 2014, s. 61–69]. Do takich połączeń wrócono w późniejszym okresie, gdy zwiększyła się liczba prawidłowo realizowanych dźwięków.

Wywołanie głoski [b] wymagało słuchowego zróżnicowania jej z głoskami [p] oraz [m]. W tym celu wykonywane były ćwiczenia słuchu fonemowego w zakresie tych opozycji głoskowych, a także słuchu fonetycznego, z wykorzystaniem nagrań głosek realizowanych przez Asię podczas ćwiczeń. Odtwarzając nagrania, wyjaśniałam, które dźwięki są prawidłowe, akceptowalne, a które nie. Dzięki temu pacjentka rozwijała swoją autokontrolę słuchową.

Następnie utrwalane były głoski [i], [k] i [g], które wcześniej nie zawsze Asia dobrze wymawiała. Pracowałyśmy też nad zwiększeniem zasobu słownictwa, zarówno na zajęciach, jak i w domu, według zaleceń (np. przez codzienne rozmowy, opowiadanie o sytuacjach bieżących, czytanie książek i tłumaczenie znaczenia słów, opracowywanie poszczególnych kategorii semantycznych w zadaniach językowych).

W okresie przedwakacyjnym w 2010 roku wywołałam i utrwalalam w mowie kontrolowanej prawidłową wymowę głoski [n]. Pracowałyśmy też nad słuchowym różnicowaniem głoski [t] od [k] oraz wywołaniem głoski [t]. Pierwszy z tych celów udało się zrealizować, natomiast drugiego nie – dziewczynka artykułowała głoskę [t] podwójnie (dwumiejscowo) jako równoczesne [t] i [k] [Zdunkiewicz-Jedynak, Hortis-Dzierzbicka, 2005, s. 62, 75].

Wywoływanie głosek opisanych powyżej, podobnie jak w późniejszym okresie terapii, odbywało się najczęściej z wykorzystaniem następujących metod: pokazu i wyjaśniania ułożenia narządów artykulacyjnych, uczulania miejsc artykulacji za pomocą palców i szpatułek, mechanicznego układania narządów artykulacyjnych za pomocą palców i szpatułek, wykorzystywania nieartykułowanych dźwięków (np. chuchania, dmuchania, wibrowania wargami), kontroli wzrokowej, kontroli słuchowej (również za pomocą nagrań dźwięku), kontroli dotykowej i czucia skórnej dłoni, a także metody substytucyjnej oraz gestów umownych [Jastrzębowska, Pelc-Pękała, 2003, s. 329–330]. Były one stosowane w różnych konfiguracjach. Celem było jak najdokładniejsze zobrazowanie dziecku cech głoski. Wielokrotnie użyte zostały rysowane przez mnie labiogramy oraz wyświetlane na ekranie komputera ruchome rentgenogramy [*Multimedialne rentgenogramy*, 2009]. W mojej ocenie taka wizualizacja przynosiła pożądane efekty.

W tym okresie u Asi zmienił się stan uzębienia. Wyrznęły się wszystkie zęby sieczne przyśrodkowe do wysokości około ½ koron. Niestety, ząb prawy górny był obrócony o około 90 stopni. Po konsultacji z ortodontą dziewczynki zaleciłam jej ćwiczenia czynne z płytką przedsionkową (dziesięć pociągnięć aparatu z oporowaniem wargami w trzech cyklach oddzielonych mniej więcej minutową przerwą) oraz bierne – noszenie jej w domu w wolnym czasie i przed snem. Z dużym zaskoczeniem odebrałam po dwóch tygodniach spontaniczne podziękowanie od niespełna ośmioletniej dziewczynki „za płytkę”. Po dopytaniu okazało się, że dzięki zakładaniu jej na noc dziecko przez sen zaczęło oddychać nosem i nie budziło się z bólem krtani („już mnie rano gardło nie boli”).

Dwa miesiące wakacji obudziły moją obawę, że kilkutygodniowy pobyt na Ukrainie zahamuje rozwój sprawności językowych w języku polskim. Tak się jednak nie stało. W mojej notatce z 25 sierpnia 2010 roku (odbyły się wtedy pierwsze zajęcia po przerwie wakacyjnej) zawarłam informacje: „dziewczynka chętnie ćwiczy”, „znacznie poprawiło się oddychanie na skutek używania płytki przedSIONKOWEJ, mniej chrapie, częściej ma złączone ze sobą wargi”. Odnotowałam też poprawę ruchomości warg i języka, brak poprawy ruchomości podniebienia miękkiego, utrzymującą się prawidłową artykulację głosek wywołanych przed wakacjami.

Jesienią 2010 roku wywołane i utrwalone zostały [f] i [v]. Przy tych głoskach największym problemem okazało się uciekanie powietrza przez nos. Wiele ćwiczeń wykonywanych było z piórkiem trzymanym przed ustami dziecka, aby zobrazować przepływ powietrza. Materiał wyrazowy do ćwiczeń wymowy był znacznie obszerniejszy niż ten, który można było zastosować przy głoskach [p] i [b]. Dużo czasu poświęcałyśmy także na zadania, w których artykulacja połączona była z czytaniem, a czasem również pisanem.

Powróciliśmy do pracy nad głoską [t]. W nagłosie i śródgłosie wyrazów udawało się uzyskiwać akceptowalny dźwięk, wygłos wyrazów nadal był trudny. Głoska [d] realizowana była podobnie, brak dźwięku w wygłosie czynił ją łatwiejszą od [t]. Nie naciskałam na bardziej ortofoniczną realizację tych głosek, gdyż miałam świadomość, że obrócony ząb sieczny uniemożliwia idealne zwarcie przyzębowe. Zadowalał mnie brak zvarcia podniebiennego i brak silnego rezonansu nosowego.

Od początku terapii na rozpoczęcie każdego spotkania wykonywałyśmy ćwiczenia wstępne, w tym fonacyjne. Ich zadaniem było między innymi zmniejszenie nosowania otwartego samogłosek. Każdorazowo próbowałam wywołać samogłoskę [i]. Udało się to dopiero po prawie roku pracy, w styczniu 2011 roku, metodą analogii, czyli zestawiając samogłoskę [i] z innymi, wymawiając ciąg: [a], [o], [e], [u], [e], [i]. Zastosowano tu różnicowanie samogłoska średnia – wysoka, czyli [e] : [i].

Uzyskanie głoski [i] (wymawianej wciąż z niewielkim zabarwieniem nosowym) otworzyło możliwość pracy nad głoskami szeregu ciszącego. Głoska [ś] wywołana została metodą demonstracyjną, po uprzednim usprawnieniu pracy środka języka. Prosiłam o powtarzanie sylab [śi], [śu], [śo], równocześnie oceniając jakość wymowy nagrywanej na dyktafon. Do dźwięku w izolacji przeszliśmy podczas kolejnych zajęć. Poprosiłam też o powtórzenie przez dziecko swojego imienia. Podczas tej próby Asia pierwszy raz w życiu wypowiedziała zrozumiale swoje imię. Obie byłyśmy wzruszone tym faktem, a mama dziewczynki miała łzy w oczach. Wydarzenie to wpłynęło pozytywnie na dalszy przebieg terapii. Od tej pory cieszyłam się jeszcze większym zaufaniem Asi i jej mamy, a dziewczynka była jeszcze bardziej zmotywowana do pracy.

Następnie wywołałam metodą substytucyjną głoskę [ć], która okazała się łatwiejsza niż [ż], ale po jej utrwaleniu w mowie kontrolowanej udało się też wywołać [ż], a następnie [ź]. Poświęciliśmy dużo czasu na włączenie tych głosek do mowy spon-tanicznej, aby mowa dziecka stała się bardziej zrozumiała.



Mniej więcej w tym czasie w szkole Asi odbywały się różne przedstawienia – dziewczynka miała w nich brać udział. Role, które dostawała do nauczenia, wykraçały poza jej możliwości artykulacyjne. Przekształcałam zatem te teksty na podobne znaczeniowo, ale łatwiejsze fonetycznie. Spotykało się to z akceptacją nauczycielek, a dziewczynka zawsze po takich występach była zadowolona. Myślę, że te sukcesy dodawały jej pewności siebie.

Następnymi wywołanymi i utrwalonymi dźwiękami były głoski [s], [z], [c], [ʒ]. Praca nad nimi okazała się trudna ze względu na stan uzębienia. W lutym 2011 roku został założony łuk górny aparatu ortodontycznego stałego. Gdy wydawało się, że ząb prawy przyśrodkowy sieczny już był tak odwrócony, aby uzyskać właściwy nagryz pionowy, dziewczynka się przewróciła. Wskutek uderzenia doszło do złamania korzenia tego zęba. Został on zacementowany i ostatecznie udało się go uratować, ale przedłużyło to leczenie.

W późniejszym okresie pracowałyśmy nad utrwaleniem przedniojęzykowo-dziąsłowej artykulacji głoski [l], głoskami szeregu szumiącego, które nie przysporzyły właściwie żadnych problemów, oraz głoską [r]. Nad tą ostatnią pracowałam, uczulając miejsce artykulacji szpatułką, a w celu uzyskania odpowiedniego, mniejszego napięcia mięśniowego w obrębie apeksu wykorzystywałam również wibrator logopedyczny. W mowie spontanicznej dziewczynka zaczęła wymawiać [r] z jednym, dwoma lub trzema uderzeniami apeksem o wał dziąsłowy, ale nie potrafiła bardziej przedłużyć wibracji. Taka artykulacja – w mowie potocznej normatywna [Wierzchowska, 1971, s. 168] – usatysfakcjonowała Asię i jej mamę, dlatego zrezygnowały z dalszej pracy nad tą głoską.

W czerwcu 2014 roku, z przyczyn niezależnych od nas, zakończyłyśmy cotygodniowe spotkania.

Kolejny raz zobaczyłam się z Asią w lutym 2015 roku, od tej pory widujemy się mniej więcej dwa razy w roku. Stwierdziłam, że wypracowana artykulacja utrzymuje się w mowie spontanicznej. Największe problemy dotyczyły w dalszym ciągu głosek [t] i [d]. Duże szczeliny tworzące się na wysokości zębów przedtrzonowych przejściowo utrudniały wymowę głosek syczących, ale obecnie zjawisko to zanikło.

W 2018 roku odbyła się operacja korekcji nosa, planowana jest korekta wargi. W 2019 roku został zdjęty aparat ortodontyczny i wybielone zęby. Obecnie Asia ma prawidłowy zgryz bez uzupełnień protetycznych. Zalecony został aparat ruchomy retencyjny.

W dalszym ciągu widzę potrzebę terapii logopedycznej w zakresie zmniejszenia rezonansu nosowego. W 2017 roku nastąpiło w tym zakresie pogorszenie. Zaleciłam elektrostymulację podniebienia, co przyniosło niewielką poprawę. Niestety, niedługo potem Asia zaczęła mieć problemy z przewleklým nieżytem nosa, co znów negatywnie wpłynęło na rezonans. Obecnie rozważany jest kolejny cykl zabiegów elektrostymulacji podniebienia.

Asia skończyła szkołę podstawową z wyróżnieniem. W gimnazjum uczyła się bardzo dobrze, jej wypracowania z języka polskiego odczytywane były na lekcjach

jako wzorcowe. Obecnie ukończyła I klasę renomowanego liceum plastycznego, ma za sobą pierwsze wystawy swoich prac malarskich. To miła, lubiana dziewczynka, bez kompleksów. Mama jest z niej bardzo dumna. Uważa, że jej córka, również dzięki terapii logopedycznej, nauczyła się ciężko pracować i zrozumiała, że na sukcesy musi zasłużyć. Obie oceniają przebytą terapię logopedyczną wysoko, są również zadowolone z osiągniętej jakości mowy.

## Podsumowanie

Opisywana pacjentka ma obecnie 16,5 roku i dalej pozostaje pod opieką specjalistów. Oceniając jej kompetencje i sprawności językowe, można uznać, że jej mowa jest w pełni zrozumiała, wszystkie fonemy języka polskiego są realizowane. Odstępstwa od normy są nierzadkie, dotyczą rezonansu, nielicznych deformacji głosek oraz tempa mowy. Na co dzień, aby unikać zbytniego rezonansu nosowego, Asia wykonuje ćwiczenia oddechowe, fonacyjne i podniebienia miękkiego. Jakość mowy umożliwia jej prowadzenie ożywionego życia społecznego, realizowanie pasji i uzyskiwanie bardzo dobrych wyników w nauce.

Tabela 1. Zmieniające się warunki zębowe u pacjentki.

	
Luty 2010	Czerwiec 2010
	
Czerwiec 2010	Październik 2012
	
Styczeń 2017	Czerwiec 2019

Źródło: materiały własne.

## Literatura

- Antos D., Demel G., Styczek I., 1967, *Jak usuwać seplenienie i inne wady wymowy*, Warszawa: Państwowe Zakłady Wydawnictw Szkolnych.
- Artese A., Drummond S., Mendes do Nascimento J., Artese F., 2011, *Criteria for diagnosing and treating anterior open bite with stability*, „Dental Press Journal of Orthodontics”, vol. 16(3), s. 136–161.
- Banaszkiewicz A., 2011, *Stan opieki logopedycznej nad dziećmi z rozszczepem podniebienia i/lub wargi na terenie województwa pomorskiego i okolic*, „Forum Logopedyczne”, nr 19, s. 53–57.
- Banaszkiewicz A., Walencik-Topiłko A., 2014, *Zasady doboru materiału lingwistycznego do terapii zaburzeń artykulacji – teoria i praktyka*, „Forum Logopedyczne”, nr 22, s. 61–69.
- Ellis III E., 2001, *Prowadzenie chorych z rozszczepami szczękowo-twarzowymi*, [w:] L.J. Peterson, E. Ellis III, J.R. Hupp, M.R. Tucker, *Chirurgia stomatologiczna i szczękowo-twarzowa*, Lublin: Wydawnictwo Czelej, s. 691–713.
- Hortis-Dzierzbicka M., Dudkiewicz Z., Stecko E., 2000, *Nosowanie otwarte – przyczyny, diagnostyka, sposoby eliminacji*, „Nowa Pediatria”, nr 1, s. 18–19.
- Hortis-Dzierzbicka M., Dudkiewicz Z., Stecko E., 2005, *Psychospołeczne aspekty wady rozszczepowej twarzy*, [w:] M. Hortis-Dzierzbicka, E. Stecko (red.), *Mowa pacjenta z rozszczepem podniebienia. Szkice foniatryczno-logopedyczne*, Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, s. 119–123.
- Jassem W., 1973, *Podstawy fonetyki akustycznej*, Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Jastrzębowska G., Pelc-Pękała O., 2003, *Metodyka ogólna diagnozy i terapii logopedycznej*, [w:] T. Gałkowski, G. Jastrzębowska (red.), *Logopedia. Pytania i odpowiedzi*, Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, s. 309–345.
- Łyżyczka I., 1978, *Metody rehabilitacji wymowy u dzieci z rozszczepami podniebienia*, „Logopedia”, nr 13, s. 53–59.
- Mackiewicz B., 2002, *Dysglosja jako jeden z objawów zespołu oddechowo-półkowego*, Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
- Milewski T., 1965, *Językoznawstwo*, Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Minczakiewicz E., 1997, *Mowa. Rozwój – zaburzenia – terapia*, Kraków: Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej w Krakowie.
- Multimedialne rentgenogramy. Program komputerowy*, 2009, Gliwice: Komlogo.
- Paluch A., Mikosza L., Drewniak-Wołosz E., 2003, *Afa-skala. Jak badać mowę dziecka afatycznego?*, Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Pluta-Wojciechowska D., 2008, *Standard postępowania logopedycznego w przypadku osób z rozszczepem wargi i podniebienia*, „Logopedia”, nr 37, s. 193–196.
- Pluta-Wojciechowska D., 2011, *Mowa dzieci z rozszczepem wargi i podniebienia*, Kraków: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego, s. 401–410.
- Rocławski B., 2001, *Sluch fonemowy i fonetyczny*, Gdańsk: Glottispol.
- Rodak H., Nawrocka D., 1994, *Od obrazka do słowa*, Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Shprintzen R.J., 1995, *A new perspective on clefting*, [w:] R.J. Shprintzen, J. Bardach (red.), *Cleft palate speech management. A multidisciplinary approach*, St. Louis: Mosby, s. 12–15.
- Stieber Z., 1966, *Historyczna i współczesna fonologii języka polskiego*, Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Styczek J., 1979, *Logopedia*, Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.

- Walencik-Topiłko A., 2005, *Ćwiczenia wstępne w terapii logopedycznej*, [w:] T. Gałkowski, E. Szeląg, G. Jastrzębowska (red.), *Podstawy neurologopedii*, Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, s. 303–327.
- Wierzchowska B., 1971, *Wymowa polska*, Warszawa: Państwowe Zakłady Wydawnictw Szkolnych.
- Zdunkiewicz-Jedynak D., Hortis-Dzierzbicka M., 2005, *Lingwistyczne podstawy oceny i dokumentacji zaburzeń mowy u dzieci z wadą rozszczepową twarzy*, [w:] M. Hortis-Dzierzbicka, E. Stecko (red.), *Mowa pacjenta z rozszczepem podniebienia. Szkice foniatryczno-logopedyczne*, Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, s. 54–79.
- 

## Streszczenie

Terapia logopedyczna pacjenta z całkowitym jednostronnym rozszczepem wargi i podniebienia wymaga wiedzy i umiejętności z zakresu logopedii oraz działania w interdyscyplinarnym kręgu specjalistów. Głównym celem artykułu jest przedstawienie zastosowanego programu terapeutycznego oraz wybranych technik logopedycznych, wzbogaconych analizą trudności pojawiających się w trakcie wieloletniej pracy logopedycznej, a związanych z nauką w szkole oraz zmieniającymi się warunkami anatomicznymi pacjentki. Prezentowane studium przypadku obejmuje dziewięć lat, przy czym opisany został czteroipółletni okres terapii dziecka w wieku od siedmiu do prawie dwunastu lat oraz jego dalsze losy do szesnastego roku życia. Dzięki zastosowaniu diagnozy weryfikacyjnej możliwe jest ocenienie efektywności podjętych działań z zakresu rozwoju językowego.

---

## Abstract

Speech therapy of a patient with complete one-sided cleft lip and palate requires knowledge and skills in the area of speech therapy as well as activity among an interdisciplinary circle of specialists. The main objective of the text is to present the applied program of therapy and selected techniques of speech therapy, enhanced with analysis of difficulties appearing during many years of speech therapy practice connected with school learning and changing the anatomical conditions of the patient. The presented case study involves a 9-year period, while a 4.5-year period of therapy is described of a child from the age of 7 to nearly 12 years and her further development to the age of 16. Thanks to the use of verification diagnosis, it is possible to assess the effectiveness of activities undertaken in the area of language development.