



You have downloaded a document from
RE-BUŚ
repository of the University of Silesia in Katowice

Title: Studium przypadku dziecka w wieku przedszkolnym ze zdiagnozowanym rotacyzmem właściwym

Author: Ewa Biłas-Pleszak

Citation style: Biłas-Pleszak Ewa. (2013). Studium przypadku dziecka w wieku przedszkolnym ze zdiagnozowanym rotacyzmem właściwym. W: K. Węsierska, A. Podstolec (red.), "W świecie logopedii. T. 2, Studia przypadków" (S. 73-96). Katowice : Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.



Uznanie autorstwa - Użycie niekomercyjne - Bez utworów zależnych Polska - Licencja ta zezwala na rozpowszechnianie, przedstawianie i wykonywanie utworu jedynie w celach niekomercyjnych oraz pod warunkiem zachowania go w oryginalnej postaci (nie tworzenia utworów zależnych).



UNIwersYTET ŚLĄSKI
W KATOWICACH



Biblioteka
Uniwersytetu Śląskiego



Ministerstwo Nauki
i Szkolnictwa Wyższego

Ewa Biłas-Pleszak

Uniwersytet Śląski

Studium przypadku dziecka w wieku przedszkolnym ze zdiagnozowanym rotacyzmem właściwym*

Wprowadzenie teoretyczne

Przeglądając teoretyczne opracowania dotyczące wad wymowy, można zauważyć, iż jako jedno z pierwszych stwierdzeń pojawia się konstatacja, że wykorzystywane do ich opisu pojęcie *dyslalia* jest niejednoznaczne i różnie interpretowane (por. SKOREK, 2000: 60; JASTRZĘBOWSKA, 2003: 143). Czując, podobnie jak inni badacze, nieostrość terminologiczną, pojawiającą się w różnych opracowaniach, przyjmuję ją z pełną świadomością, mając na uwadze fakt, że głównym celem tej części artykułu jest przedstawienie dotychczasowego stanu badań, w niewielkim zaś stopniu konfrontacja stanowisk.

Dyslalia – ustalenia definicyjne

Jak podaje E. SKOREK (2000: 60), pojęcia dyslalia po raz pierwszy użył w 1827 r. Józef Frank, profesor Uniwersytetu Wileńskiego, określając nim wszystkie (z wyjątkiem utrudnionego wymawiania oddzielnych głosek) rodzaje błędów mowy o różnej etiologii. Grecka etymologia tej nazwy (*dys* – ‘zaburzenie’; *lalia* – ‘mowa’) w swojej ogólności

* Niniejszy artykuł powstał na podstawie pracy końcowej podsumowującej 2 lata podyplomowych studiów logopedycznych autorki tekstu. Praca została przygotowana pod kierunkiem dr Iwony Michalak-Widery.

prowołuje do szerokiego zastosowania terminu. Dlatego też określa się nim zaburzenia o różnym pochodzeniu, jak podaje G. JASTRZĘBOWSKA (2003: 143):

- „wszystkie nieprawidłowości wymowy, wywołane najrozmaitszymi czynnikami;
- jedynie zaburzenia artykulacji pochodzenia korowego;
- jedynie zaburzenia wymowy pochodzenia obwodowego”.

Na podstawie tego zestawienia wyraźnie widać, że dyslalia to nie nazwa jednostki, ale kategorii zaburzeń, które polegają na nieprawidłowej realizacji dźwięków mowy. Takie rozumienie terminu odbija się zresztą w polskich odpowiednikach zapożyczonego pojęcia, takich jak: *zaburzenia artykulacyjne, zaburzenia wymowy, wady artykulacyjne, nieprawidłowe realizacje fonemów, zniekształcenia substancji fonicznej w płaszczyźnie segmentalnej*. Można zauważyć, że wśród badaczy definiujących dyslalię występuje zgodność co do sposobów jej ujawniania się – traktowana jest jako nieprawidłowość w sferze wymowy. Wątpliwości dotyczą natomiast tego, czy wszystkie tego typu zaburzenia powinno się określać tym terminem, niezależnie od ich etiopatogenezy. Wart podkreślenia jest fakt, że w tym przypadku dopominanie się o ostrość terminologiczną nie jest wyłącznie staraniem o uzyskanie klarownego wyводу naukowego, ale ma bardzo wyraźne przełożenie na praktykę logopedyczną. Jak bowiem pisze cytowana już wcześniej G. JASTRZĘBOWSKA (2003: 144): „[...] od rodzaju czynnika patogenego i piętra uszkodzenia mechanizmu mowy zależy, czy powstające zaburzenia będą miały formę jednoobjawową, czy też będą jednym z wielu i to niekoniecznie najważniejszym objawem zaburzeń mowy. Od rodzaju przyczyny zależy więc ranga problemu: czy wada wymowy jest problemem pierwszoplanowym, czy drugorzędnym, gdyż to decyduje o przebiegu postępowania terapeutycznego”.

Przyjęcie jednej opcji terminologicznej utrudnia fakt, że dyslalia była definiowana z uwzględnieniem różnych opcji teoretycznych (np. lingwistyki strukturalnej jak w przypadku prac L. Kaczmarka), a autorzy poszczególnych eksplikacji pojęcia bardziej koncentrowali się na łatwych do opisanego objawach niż na przyczynach tego zaburzenia. Widać to choćby w następujących definicjach, wedle których dyslalia to (cyt. za: JASTRZĘBOWSKA, 2003: 144):

- nieprawidłowość w realizacji jednej głoski, wielu głosek, a nawet wszystkich lub niemal wszystkich głosek jednocześnie; krańcowy stan nazywa się bełkotem (DEMEL, 1978);
- zaburzenie mowy polegające na niemożności prawidłowego wymawiania określonych dźwięków (SPIONEK, 1969);
- wadliwa realizacja fonemów, odbiegająca od ustalonej przez tradycję normy (KACZMAREK, 1966; termin ten podobnie wyjaśniają: Fühning, Lettmayer, Weinert, Kania);
- symptom zaburzenia rozwoju mowy, dotyczący tylko jednego aspektu języka: aspektu artykulacyjnego (RODAK, 1992);
- zaburzenia mowy charakteryzujące się zakłóceniami dźwięków mowy (zakłócenia w sferze dźwięków), którym nie towarzyszą inne patologiczne zjawiska językowe (MIERZEJEWSKA, EMILUTA-ROZYA, 1997).

G. JASTRZĘBOWSKA w przygotowanym przez siebie opracowaniu zamieszczonym w podręczniku akademickim *Logopedia. Pytania i odpowiedzi...* (2003: 144) przedstawiła definicję dyslalii uwzględniającą przyczynę nieprawidłowej realizacji dźwięków. Uznała bowiem, że „dyslalia to zaburzenia realizacji fonemów o ściśle określonej etiologii (tj. pochodzenia obwodowego). Zaburzenia te mogą się przejawiać zniekształceniem (deformacją) dźwięków mowy, ich zastępowaniem (substytucją) bądź opuszczaniem (elizją), co powoduje, że w efekcie brzmienie odbiega od ogólnie przyjętej normy wymawianiowej”.

Zamęt terminologiczny, możliwy do zaobserwowania w polskich opracowaniach logopedycznych, G. Jastrzębowska konfrontuje z międzynarodową kwalifikacją. Porównanie pokazuje, że w literaturze światowej to zjawisko opisywane jest inaczej niż w polskiej. W Międzynarodowej statystycznej klasyfikacji chorób i problemów zdrowotnych (*International Classification of Diseases and Related Health Problems ICD-10*¹) zaburzenia rozwoju mowy i języka umieszczone są wśród zaburzeń rozwoju psychicznego. Warto odnotowania jest większe uszczegółowienie zakresu poszczególnych przypadków odchyleń od normy. Zwraca się uwagę, że te zaburzenia mają charakter pierwotny, a nie wtórny, będący np. konsekwencją „głuchoty, upośledzenia umysłowego, specyficznych

¹ ICD-10 jest systemem międzynarodowej diagnozy nozologicznej, stworzonym przez WHO i obowiązującym w Polsce od 1996 r.

odchyłeń neurologicznych lub innych odchyłeń strukturalnych” (*Klasyfikacja zaburzeń...*, 2000: 197). Termin „dyslalia” w tej kwalifikacji przyjęty został do określania jednostki, nie jest natomiast traktowany jako kategoria diagnostyczna. Nazwa ta używana jest przy opisie specyficznych zaburzeń artykulacji i odnosi się tylko do jednej ich postaci. Oprócz niej wyróżnia się: *rozwojowe zaburzenia artykulacji*, *rozwojowe zaburzenia fonologiczne*, *funkcjonalne zaburzenia artykulacji* i *lambda-cyzm*. Wszystkie one odnoszone są do takiej sytuacji diagnostycznej, w której można orzec, że wykorzystywane przez dziecko dźwięki mowy są poniżej poziomu odpowiedniego dla wieku umysłowego, przy zastrzeżeniu jednak, że poziom pozostałych umiejętności językowych jest prawidłowy. W *Klasyfikacji zaburzeń...* podkreśla się, że u tych dzieci wzorzec mowy od początku traktowany jest jako odchylenie, a nie tylko realizacja odpowiednia dla wcześniejszej fazy rozwojowej. Dyslalia zatem w klasyfikacji ICD-10 traktowana jest dość wąsko, jako jedno ze specyficznych zaburzeń artykulacji.

W innym międzynarodowym zestawieniu pochodzącym z USA – DSM-IV² (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – fourth edition*), w ogóle nie pojawia się termin „dyslalia”. Zamiast niego używa się pojęcia *zaburzenia fonologiczne*, które łączy zarówno nieprawidłowości wynikające z wadliwego rozwoju artykulacji (brak umiejętności tworzenia prawidłowych dźwięków), jak i pozanormatywną klasyfikację dźwięków mowy. Wart odnotowania jest fakt, że zarówno w ICD-10, jak i w DSM-IV do zaburzeń fonologicznych włącza się tylko te, których etiologia jest nieznaną lub domniemana, tzn. nie towarzyszą im innego rodzaju poważniejsze upośledzenia (motoryczne, sensoryczne, umysłowe i inne).

Zestawiając przywołane dwie zagraniczne klasyfikacje z polskimi propozycjami normatywnymi, można stwierdzić, że w polskiej literaturze termin „dyslalia” ma znacznie większy zasięg. Może obejmować bowiem nie tylko te nieprawidłowości, na które zwraca się uwagę w międzynarodowych taksonomiach, ale też inne, o nieznanym etiologii, a także te powiązane np. z opóźnieniami w rozwoju słuchowym, motorycznym, umysłowym. Pewną próbą zawężenia pojęcia jest stanowisko

² Jest to klasyfikacja Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.

Międzynarodowego Towarzystwa Logopedów i Foniatrów, które zaleca, by o dyslalii mówić wówczas, gdy zaburzenia dźwiękowej strony wypowiedzi powiązane są z zaburzeniami najniższego piętra mechanizmów mowy. Jak pisze G. Jastrzębowska, „tak rozumiany termin dyslalia powinien odnosić się tylko do tych przypadków:

- które są związane z nieprawidłową budową obwodowej części narządów mowy i słuchu (z uszkodzeniem lub dysfunkcją struktur obwodowych);
- w których zaburzenia artykulacji są izolowanym, jedynym objawem zaburzeń mowy lub zaburzeń (lecz nie zakłóceń rozwoju mowy);
- które nie wynikają z uszkodzeń lub dysfunkcji zlokalizowanych na wyższych (niż obwodowe) piętrach mechanizmów mowy ani z deprywacji środowiskowej” (JASTRZĘBOWSKA, 2003: 151).

Jak już wspomniano, w polskiej literaturze przedmiotu do tej pory brak klarownej i jednoznacznej kategoryzacji dyslalii. Przez lata, rozumiana za Kaczmakiem szeroko, jako wszelkie zaburzenia o różnej etiologii przejawiające się w płaszczyźnie segmentalnej, dyslalia była definiowana niekiedy krańcowo różnie. Pewnym sposobem na porządkowanie terminologii było opatrywanie rzeczownika „dyslalia” różnymi przydawkami atrybutywnymi, które precyzowały znaczenie pojęcia, odsyłając do różnych podstaw jego wyodrębnienia. Wśród nich są następujące:

- 1) poziom uszkodzenia mechanizmu mowy, w wyniku którego wyróżnia się:
 - a) *dyslalię ośrodkową*, będącą wynikiem nieprawidłowej struktury lub wadliwego funkcjonowania ośrodkowego układu nerwowego. Konsekwencją takich uszkodzeń jest brak możliwości słuchowego różnicowania dźwięków, a także, z uwagi na ograniczenia kinestetyczne, wykonywania odpowiednich ruchów artykulacyjnych;
 - b) *dyslalie motoryczne*, których przyczyną umiejscowiona jest w obrębie drogi odśrodkowej, od kory mózgowej do nerwów obwodowych;
 - c) *dyslalie sensoryczne*, które są wynikiem uszkodzeń na drodze wstępującej, tzn. od obwodu do kory mózgowej;
 - d) *dyslalię obwodową*, powiązaną z nieprawidłową budową receptora słuchowego lub obwodowego narządu artykulacyjnego (por. SAWA, 1990);

- 2) lokalizacja uszkodzenia narządów mowy, z uwagi na którą wyróżnia się:
 - a) *dyslalię korową*, wywołaną uszkodzeniami w korze mózgowej;
 - b) *dyslalię podkorową*, powiązaną z uszkodzeniami struktur podkorowych;
 - c) *dyslalię obwodową*, wynikającą z defektu obwodowego, któremu nie towarzyszą innego rodzaju patologie. Konsekwencją tego zaburzenia jest brak możliwości wykonania odpowiedniego ruchu artykulacyjnego. Uściślając charakter tego zaburzenia, wyróżnia się: dyslalię anatomiczną ruchową, dyslalię anatomiczną słuchową, dyslalię funkcjonalną i dyslalię anatomiczno-funkcjonalną (MIERZEJEWSKA, EMILUTA-ROZYA, 1997);
- 3) typ defektu (tzn. czy wadliwa wymowa wynika z uszkodzenia organicznego, czy z dysfunkcji narządów mowy), na podstawie którego wyodrębnia się:
 - a) *dyslalię czynnościową* (inaczej: *funkcjonalna, bełkotanie czynnościowe, dyslalia czynnościowa, dyslalia ekspresywna, dyslalia środowiskowa*), która polega na nieprawidłowej wymowie głosek bez uszkodzeń organicznych w budowie aparatu artykulacyjnego;
 - b) *dyslalię organiczną* (inaczej: *dyslalia anatomiczna, dyslalia dentalna, dyslalia mechaniczna*), która jest powiązana z obwodowymi uszkodzeniami, takimi jak: niedosłuch, anomalia jamy ustnej, uzębienia, języka i podniebienia (por. SAWA, 1990; DILLING-OSTROWSKA, 1990);
- 4) odniesienie zaburzeń do normy i innych patologii (tzn. czy wadliwa artykulacja jest zjawiskiem izolowanym, pierwotnym czy wtórnym, wynikającym z innych zaburzeń rozwojowych). Na tej podstawie wyróżnia się:
 - a) *dyslalię audiogenną*, będącą wynikiem uszkodzonego narządu słuchu;
 - b) *dyslalię sprzężoną*, czyli powiązaną z innymi zaburzeniami rozwojowymi (por. KACZMAREK, 1981; MINCZAKIEWICZ, 1992).

Nie jest to jeszcze kompletna lista podziałów, ale już nawet ten przegląd pokazuje skalę terminologicznej zawilóści. Pozostaje mieć nadzieję, że wraz z rozwojem myśli logopedycznej stan ten ulegnie zmianie.

Rotacyzm – przyczyny, symptomy

Spółgłoska sonorna [r] należy do tych, których dzieci uczą się wymawiać najpóźniej, i jest tą, którą bardzo często w różny sposób zniekształcają. Taki stan rzeczy podyktowany jest dużymi wymaganiami artykulacyjnymi głoski, gdyż warunkiem poprawnej realizacji tego dźwięku jest sprawny czubek języka. Świadomość wszystkich ruchów artykulacyjnych, które powstawaniu [r] towarzyszą, ma duże znaczenie w terapii logopedycznej, a najpełniejszy opis artykulacyjny podaje B. WIERZCHOWSKA (1971: 168), kiedy pisze: „[...] przy wymawianiu głoski [r] wibruje koniuszek języka *apex*, boki języka przylegają do wewnętrznych powierzchni górnych zębów i dziąseł. Powierzchnia języka jest w części predorsalnej lekko wklęsnięta. *Apex* uderza o dziąsła. Czas przywarcia koniuszka języka do dziąseł jest bardzo krótki, wynosi około 0,01 s. Przy szybkim tempie mówienia może nawet nie dochodzić do pełnego zwarcia języka z dziąsłami. Ponieważ spółgłoska [r] jest dźwięczna, w momentach, w których *apex* nie przywiera do sklepienia jamy ustnej, wytwarzają się króciutkie dźwięki o charakterze samogłoskowym nie zauważane ani przez słuchacza, ani przez mówiącego. [...] W języku polskim przy wymawianiu głoski [r] wykonuje się 1–2 uderzenia”.

Termin „rotacyzm” (łac. *rhotacismus*; inaczej: reranie) oznacza nieprawidłową realizację głoski [r]. Wyróżnia się trzy typy tej niewłaściwej wymowy:

- 1) substytucja (pararotacyzm) – polega na zastępowaniu głoski [r] innymi głoskami, które wymawiane są prawidłowo. Na podstawie prowadzonych obserwacji stwierdza się, że większość dzieci zaczyna wymawiać głoskę [r] dopiero około 3.–5. roku życia, wcześniej zastępując ją innymi, łatwiejszymi do wymówienia głoskami, takimi jak: [i], [l], [u], [d], [v].... Ten typ realizacji głoski [r] przyjęło się uważać za rotacyzm rozwojowy. Przyjmując do oceny tego zjawiska kryterium lingwistyczno-metrykalne, zakłada się, że jeśli trwa ono dłużej niż do 6.–7. roku życia, staje się patologią i jest symptomem opóźnionego rozwoju mowy w zakresie artykulacji³;

³ To lingwistyczno-metrykalne kryterium oceny wad wymowy opracowane zostało przez J.T. KANIĘ (2001: 191), który zaproponował, żeby oprócz wieku dziecka za czyn-

- 2) elizja (mogirotacyzm) – przejawia się opuszczeniem głoski [r] w wyrazie. KANIA (2001) zauważa, że można traktować je jako zjawisko rozwojowe w pierwszym etapie przyswajania mowy; jeśli natomiast się przedłuża, należy uznać je za patologię;
- 3) deformacja (rotacyzm właściwy) – jest już stanem patologicznym, gdyż próbując artykułować głoskę [r], uzyskuje się dźwięk, którego nie ma w polskim systemie fonologicznym. W wyniku zmiany miejsca artykulacji i wprawienia w drżenie innych elementów (języczka, warg, policzków) słychać zdeformowaną głoskę. W zależności od miejsca jej powstawania rozróżnia się różne typy rotacyzmu właściwego.

Typologia rotacyzmów właściwych oparta jest na wskazaniu miejsca nieprawidłowej realizacji głoski. I tak wyróżnia się między innymi *rotacyzm: wargowy (labialis), wargowo-zębowy (labio-dentalis), międzyzębowy (interdentalis), policzkowy (buccalis), podniebienny (veralis), języczkowy (uvularis), gardłowy (faryngalis), krtaniowy (laryngealis)* (STYCZEK, 1979; PRUSZEWICZ, red., 1992). A. Sołtys-Chmielowicz w artykule *Rotacyzm* zauważa, że lista ta nie jest skończona, i odwołując się do swojej praktyki, wyróżnia jeszcze: realizację, która akustycznie przypomina głoskę [y]; wymawianie [r], któremu towarzyszy szcęknięcie siekaczy; [r] realizowane poprzez drganie kącika warg z jednoczesnym wypryskiem śliny; *rotacyzm przyzębowy*, w którym drgania języka powstają

nik podstawowy w procesie wskazywania patologii uznać formy wadliwej wymowy. W związku z tym, odwołując się do podobnego rozróżnienia stosowanego w medycynie (PRUSZEWICZ, red., 1992), wyróżnił: mogilalię, paralalię i dyslalię właściwą (KANIA, 2001: 177). Posługując się tym narzędziem, po stronie patologii umieścił zniekształcenia głoski dokonywane niezależnie od wieku dziecka oraz substytucje i elizje utrzymujące się po 5.–7. roku życia. W praktyce ta teoretyczna wskazówka budzi pewne zastrzeżenia, którym wyraz dała B. OSTAPIUK w artykule *Dziecięca artykulacja czy wada wymowy – między fizjologią a patologią* (2002: 95). Autorka twierdzi w nim, że ustalenie, czy zauważana nienormalna realizacja fonemu już wymaga interwencji logopedycznej, jest trudne w przypadku dzieci w wieku przedszkolnym. Zadaje w związku z tym pytanie o to, czym jeszcze kierować się, by nie przeoczyć tych odmienności, które związane są z niefizjologiczną przeszkodą. Proponuje zatem bardzo drobiazgową analizę przyczyn obserwowanej wady wymowy, uwzględniającą szereg różnorodnych czynników. Wydaje się, że zgodnie z zasadami profilaktyki logopedycznej warto nie czekać do 6. czy 7. roku życia, ale już młodsze dzieci zniekształcające głoskę [r] objąć terapią.

nie przy dziąsłach, lecz niżej, przy tylnej ścianie górnych zębów (por. SOŁTYS-CHMIELOWICZ, 2001: 42).

Przyczyn rotacyzmu może być kilka, a wśród nich w pierwszej kolejności zwraca się uwagę na nieprawidłową budowę narządów artykulacyjnych. Szczególnie w tym przypadku dużą rolę odgrywa budowa języka i jakość wędzidełka podjęzykowego. Zbyt duży i gruby język oraz skrócone wędzidełko, a także zbyt mocne lub słabe napięcie mięśniowe mogą wręcz uniemożliwiać prawidłową wymowę. Również wady podniebienia twardego (np. podniebienie gotyckie) i zgryzu (np. zgryz otwarty) to czynniki anatomiczne sprzyjające rozwijaniu się tego zaburzenia wymowy. Może ono być też powiązane z niedostateczną analizą słuchową. Zdarza się, że rotacyzm jest wynikiem naśladowania niewłaściwych wzorów, jakich dziecku dostarcza najbliższe otoczenie (por. STYCZEK, 1979; DEMEL, 1979; SAWA, 1990).

Diagnoza logopedyczna

Wybór metody pracy poprzedza zawsze dobrze przeprowadzona analiza przypadku i postawiona diagnoza, od której zależy dobór środków, metod i narzędzi. Doskonałym metodologicznym wsparciem dla początkujących logopedów jest tekst *Standard postępowania logopedycznego w dyslalii* autorstwa A. SOŁTYS-CHMIELOWICZ (2008), w którym autorka przedstawia i krótko omawia poszczególne etapy procesu terapeutycznego, dając przy tym wiele przydatnych, praktycznych wskazówek. Dzięki nim można w sposób kompetentny budować swój warsztat.

Diagnoza logopedyczna – jak pisze E. SKOREK – polega na „rozpoznanie zjawiska logopedycznego, jego etiologii oraz tendencji rozwojowych na podstawie uzyskanych informacji ogólnych, zaobserwowanych objawów zaburzenia oraz znajomości ogólnych prawidłowości” (2000: 51). Warto rozwinąć tę słownikową definicję i podkreślić, że bardzo duże znaczenie ma szerokie spojrzenie na problem, umieszczenie go na tle całego procesu rozwojowego pacjenta, jego kontekstu życiowego i wzbogacanie wiedzy typowo logopedycznej obserwacjami wynikającymi ze znajomości innych dziedzin związanych z komunikacją i psy-

chofizjologicznymi aspektami funkcjonowania jednostki. Holistyczne spojrzenie na człowieka, mocno forowane w niektórych kierunkach współczesnej pedagogiki i psychologii, ma również zastosowanie w logopedii.

Kolejnym ważnym elementem diagnozy jest jej permanentność i ustawiczna weryfikowalność. Wiąże się to z faktem, że terapia jest procesem dynamicznym i może być skuteczna tylko wtedy, gdy podchodzimy do niej elastycznie i potrafimy modyfikować ją w zależności od potrzeb i możliwości pacjenta. W teorii i praktyce logopedycznej taka postawa terapeutyczna jest powszechna i zyskała nawet specjalistyczne określenia dwóch etapów diagnozy – pierwszego: *eksploracyjnego*, i drugiego: *weryfikacyjnego* (por. SKOREK, 2000: 51). Zakończenie etapu eksploracyjnego wiąże się z opracowaniem terapii, wyborem przydatnych w niej metod i narzędzi, którymi warto będzie się posługiwać. Wykorzystywane metody najogólniej podzielić możemy na:

- „logopedyczne – używane tylko w postępowaniu logopedycznym i dla niego specyficzne (np. metody mechaniczne),
- lingwistyczne – szeroko wykorzystywane w logopedii, powstałe na podstawie wiedzy zaczerpniętej z różnych działów językoznawstwa, między innymi fonetyki, morfologii, kultury żywego słowa (np. metody fonetyczne),
- pedagogiczne – wszelkie metody pracy stworzone na gruncie i na użytek terapii pedagogicznej, zaadaptowane przez logopedię (np. metoda dobrego startu),
- psychologiczne – biorąc pod uwagę psychologiczne uwarunkowania i skutki zaburzeń mowy, oczywiste jest wykorzystanie metod psychologicznych w postępowaniu logopedycznym (np. liczne techniki relaksacyjne),
- medyczne – postępowanie specjalistyczne jest konieczne w ramach kompleksowej terapii, szczególnie w przypadkach poważnych zaburzeń mowy, takich jak afazja, dysartria, jąkanie oraz w przypadkach różnych wad rozwojowych, które prowadzą do zakłóceń procesu porozumiewania (np. rozszczepy podniebienia, wady zgryzu). Niejednokrotnie leczenie ortodontyczne, neurologiczne, foniatryczne, audiologiczne, chirurgiczne jest niezbędnym warunkiem sukcesu terapii logopedycznej” (JASTRZĘBOWSKA, PELC-PĘKAŁA, 2003: 329).

W literaturze przedmiotu można znaleźć dokładne omówienie wielu metod i technik⁴, które przynależą do poszczególnych wymienionych dziedzin wiedzy.

Wywiad

Dzieckiem, którego proces terapeutyczny opisano w niniejszym artykule, jest sześćioletni chłopiec, u którego na podstawie badania przeprowadzonego za pomocą *Kwestionariusza obrazkowego do badania mowy dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym* (MICHALAK-WIDERA, 2000) stwierdzono jeden rodzaj wady wymowy – rotacyzm właściwy. Poza tą nieprawidłowością mowa dziecka nie wykazywała żadnych zaburzeń. Chłopiec w normie intelektualnej. Poród pierwszy przez cesarskie cięcie w ostatniej fazie porodu. Apgar 10, waga prawidłowa (4 200 g), wzrost 57 cm, karmiony piersią. Chłopiec nigdy nie używał smoczka, nie miał problemów z gryzieniem, żuciem i połykaniem. Zęby mleczne pojawiły się szybko, bo już w 4. miesiącu życia, umieszczone w łukach prawidłowo, bez ubytków i problemów z próchnicą. W trakcie terapii chłopiec zaczął tracić zęby mleczne. Układ zębów stałych wymaga korekty ortodontycznej, z którą najprawdopodobniej związane też będzie przecięcie wędzidełka wargi górnej. Braki w uzębieniu nie miały wpływu na przebieg terapii. Wraz z prowadzonymi ćwiczeniami korygowano jeszcze jeden nawyk – oddychanie ustami. Przypadłość ta może mieć związek ze stwierdzoną u chłopca skłonnością do alergii, która ma dość łagodny przebieg i objawia się na początku lata katarem. Poza tym dziecko chorowało rzadko, bez powikłań. Chłopiec siedział w wieku 5 miesięcy, raczkował w wieku 9 miesięcy, a mając 12 miesięcy, zaczął chodzić. Jest praworęczny. Do przedszkola zaczął uczęszczać w wieku 3 lat i 9 miesięcy. Testy umiejętności i gotowości szkolnej zaliczał z bardzo wysoką punktacją. Chłopczyk potrafi skoncentrować się na wykonywanych za-

⁴ W opracowaniach zauważalna jest pewna niekonsekwencja terminologiczna, której efektem jest zamienne stosowanie pojęć „technika” i „metoda”. Ponieważ charakter tego artykułu nie pozwala na dogłębne i wiążące analizy terminologiczne, przyjmuję tu również ekwiwalencję proponowaną np. w podręczniku akademickim *Logopedia* (2003).

daniach, jest aktywny, nawiązuje chętnie i łatwo kontakt z otoczeniem. Sprawny psychoruchowo, od 5. roku życia uczęszcza do szkoły muzycznej, gdzie uczy się gry na skrzypcach. Ma to znaczenie w kontekście ćwiczeń słuchu muzycznego, będących jedną z metod pracy nad artykulacją (STYCZEK, 1979: 451). W rodzinie brak wad wymowy i słuchu. Warunki domowe dobre. Chłopiec ma też młodszą o 3 lata siostrę.

Wszystkie etapy rozwoju mowy przebiegały u omawianego dziecka prawidłowo, a nawet z pewnym wyprzedzeniem w stosunku do wytycznych rozwojowych. Posiłkując się typologią opracowaną przez J. PORAYSKIEGO-POMSTĘ (2009), który przedstawia rozwój mowy w perspektywie komunikacyjnej, u badanego chłopca można było wskazać planowe pojawianie się wszystkich faz. W I fazie – prelingwalnej – do 6. tygodnia życia występowały zachowania symptomatyczne, następnie do 5. miesiąca życia trwał okres pierwotnej wokalizacji – głużenia, a od 5. do 9. miesiąca – okres gaworzenia. W tym czasie zaczęły się pojawiać pierwsze dźwięki z polskiego systemu fonologicznego, chłopiec próbował również naśladować melodię i intonację wypowiedzi. Wystąpiła także echolalia. W pierwszym stadium komunikacji werbalnej, jeszcze przed ukończeniem 1. roku życia, chłopiec tworzył proste wypowiedzi, często o jednej izolowanej funkcji komunikacyjnej, np.: „da” = ‘daj’; „pa, pa” = ‘pożegnanie’. Wypowiedzi bardziej rozbudowane, dwu-, trzywyrazowe, o względnie uogólnionych funkcjach komunikacyjnych, chłopiec konstruował przed końcem 17. miesiąca życia. Jako dwulatek potrafił już porozumiewać się zdaniami wielokrotnie złożonymi, wplatając w nie swoiste neologizmy. W 27. miesiącu życia stworzył swoją pierwszą fabularną historyjkę, a przed ukończeniem 3. roku chłopiec wszedł w II stadium komunikacji językowej – opanował zasady pierwotnej konwersacji i pierwotnych form narracyjnych. Od 4. roku życia samodzielnie posługiwał się podstawowymi gatunkami narracyjnymi – opowiadaniem i opisem, oraz dobrze radził sobie z bardziej skomplikowanymi strukturami konwersacyjnymi. Zniknęły w tym czasie już prawie zupełnie elementy swoistej mowy dziecięcej. Jediną jej pozostałością był paratocyzm – zastępowanie głoski [r] głoską [j], a potem [l]. Taka zamiana zawsze budzi podejrzenie zaburzeń słuchu fonemowego (OSTAPIUK, 2002: 145). Wynik testu sprawdzającego ten rodzaj słuchu nie wskazywał jednak na jakiegokolwiek nieprawidłowości. Chłopiec nie miał również problemów ani z analizą, ani z syntezą wyrazów.

Wyniki diagnozy logopedycznej

Zauważalny rotacyzm zapewne był powiązany z początkowymi problemami z pionizacją języka, które z kolei mogły mieć przyczynę w częstym oddychaniu ustami. O związku pomiędzy stałym oddychaniem torem ustnym a wadami wymowy traktuje artykuł J. TRZASKALIK (2012). Autorka, opierając się na wcześniejszych ustaleniach naukowców i własnych badaniach, doszła do wniosku, że w związku z częstym występowaniem u dzieci aglomeracji śląskiej chorób alergicznych można umieścić ten rodzaj schorzeń w grupie przyczyn dyslalii. Konsekwencją przyjęcia takiego stanowiska jest odpowiednie postępowanie profilaktyczne, a także terapeutyczne, w którym istotną rolę odgrywają właściwie zaplanowane ćwiczenia oddechowe (TRZASKALIK, 2012: 84). Obniżona sprawność języka może być również spowodowana skróconym wędzidełkiem podjęzykowym. Aby sprawdzić, czy nie było tak też w tym przypadku, przeprowadzony został test języka w 5 ruchach, oparty na wytycznych sformułowanych przez B. OSTAPIUK (2002: 148).

Pierwsza próba polega na unoszeniu szerokiego języka za górne zęby przy opuszczonej żuchwie. Chłopiec wykonał to zadanie w sposób, jaki pokazuje zdjęcie 1. Jak na nim widać, język jest szeroki, u podstawy wydaje się węższy niż w apeskie. Widoczne jest napięcie całego mięśnia



Zdj. 1. Próba pierwsza (ze zbiorów własnych autorki)

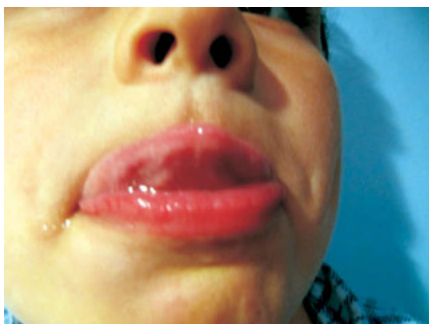
języka, także wędzidełka, które jest nieznacznie skrócone. Język układa się symetrycznie, choć na uwagę zasługuje drobne zaburzenie – uwypuklenie mięśnia spodu języka po jego prawej stronie. Pozycji tej nie towarzyszą żadne dodatkowe ruchy narządów mowy.

Druga próba przeprowadzana jest w ten sposób, że przednią część języka przyciska się szpatułką do powierzchni podniebienia za górnymi zębami. Powstaje w ten sposób tzw. kobra, która wygląda mniej więcej tak, jak przedstawia to zdjęcie 2. W tym przypadku język jest szeroki, apeks



Zdj. 2. Próba druga (ze zbiorów własnych autorki)

rozłożony w przedsiönku. Część podjęzykowa dobrze widoczna, wędzidełko wyraźnie zaznaczone, naprężone. Symetria zachowana. Brak ruchów współtowarzyszących.



Zdj. 3. Próba trzecia (ze zbiorów własnych autorki)

Podczas trzeciej próby szeroki język należy ułożyć na górnej wardze tak, żeby nie dotykał wargi dolnej. Ćwiczenie to zostało zrealizowane w sposób, jaki pokazuje zdjęcie 3. Wykonaniu tego polecenia towarzyszyły największe trudności. Język chłopca jest lekko spiczasty, co dowodzi skrócenia wędzidełka. Przykrywa górną wargę, ale nie czyni tego swobodnie. Język układa się symetrycznie. Podczas realizacji zadania widoczne

były wyraźne ruchy towarzyszące – chłopiec nie był w stanie uniezależnić języka od wargi dolnej, żuchwa pomagała w uniesieniu języka. Może to świadczyć o nadmiernym skróceniu wędzidełka, ale także o tym, że język jest za słabo wyćwiczony. Za ograniczoną ruchliwością idzie ograniczona sprawność, co może być przyczyną trudności w wymawianiu [r].

Próba czwarta polega na dotykaniu czubkiem języka ostatnich tylnych zębów. Jak widać na zdjęciu 4, język wypełnia dużą przestrzeń w jamie ustnej. Część podjęzykowa jest widoczna wraz z wędzidełkiem. Symetryczność zachowana. Nie ma ruchów towarzyszących. To ćwiczenie potwierdza wcześniejszą tezę o ograniczonej sprawności powiązanej z ograniczoną ruchliwością.



Zdj. 4. Próba czwarta (ze zbiorów własnych autorki)

Ostatnia próba to wysuwanie języka na brodę (zdjęcie 5). Kształt języka może świadczyć o ankyloglosji – jest lekko sercowy, z nieco krótszą prawą stroną. W tym wypadku nie ma żadnych ruchów współtowarzyszących.



Zdj. 5. Próba piąta (ze zbiorów własnych autorki)

Przeprowadzony test pokazuje, że nieznacznie skrócone wędzidełko podjęzykowe mogło być pośrednią przyczyną paratacyzmu. To ważna wskazówka terapeutyczna, bo ukazuje, że dużą rolę, szczególnie na początku terapii, odgrywają ćwiczenia pomagające usprawnić język, uelastyczyć go.

Zastosowana terapia

W wymowie chłopca występował paratacyzm „ewoluujący”, tzn. [i] zaczęło być zastępowane przez [l]. W tym czasie można było mieć nadzieję, że wada, wraz ze wzmacnianiem się i uelastycznianiem języka, ulegnie samoistnemu skorygowaniu. Na tym etapie praca logopedyczna koncentrowała się na usprawnianiu języka. Bardzo pomocne w tym były publikacje I. MICHALAK-WIDERY *Miłe uszom dźwięki. Usprawnianie narządów mowy i ćwiczenia prawidłowego wymawiania głosek* (2007) oraz I. MICHALAK-WIDERY i K. WĘSIERSKIEJ *Będę wielkim mówcą. Poziom I – Zabawy buzi i języka dla każdego smyka* (2009). Taki stan dziecka trwał do końca 5. roku życia. Wraz ze wzrostem świadomości językowej niewłaściwa realizacja [r] zaczęła chłopcu przeszkadzać, zauważał bowiem, że jego przedszkolni rówieśnicy już takiego problemu nie mają. Podjął więc próby samodzielnego poszukiwania sposobu dobrego wymawiania [r], które w szybkim czasie doprowadziły do rotacyzmu właściwego. Zamiast głoski sonornej, drżącej, przedniojęzykowo-dziąsłowej, dźwięcznej zaczął wymawiać krótki element wokaliczny przypominający [y], ale realizowany z bardziej tylnym ułożeniem masy języka. Tego typu artykulacje zaliczane są do szczelinowych (por. LIŚKA, 1974; SOŁTYS-CHMIELOWICZ, 2001). Był to pierwszy sygnał, że ćwiczenia przygotowawcze już nie wystarczają i trzeba rozpocząć pracę nad wywoływaniem właściwej głoski [r].

Głoska [r] jest wibrantem dość skomplikowanym artykulacyjnie, powstaje bowiem w wyniku szybkich, a jednocześnie delikatnych uderzeń czubka języka o wałek dziąsłowy za górnymi zębami, których efektem jest zamykanie i otwieranie ustnego rezonatora – podniebienie miękkie jest uniesione i uniemożliwia przejście powietrza do jamy nosowej. W czasie wymawiania [r] język jest szeroki, jego boki dotykają zębów

trzonowych, natomiast jego przednia część musi być na tyle elastyczna i ruchliwa, żeby mogła wykonywać ruchy wibracyjne (por. DUKIEWICZ, SAWICKA, 1995: 40–41; RODAK, 1998: 4).

Ponieważ u chłopca zdiagnozowano rotacyzm właściwy, podstawowym celem terapii logopedycznej było przede wszystkim usunięcie nieprawidłowego dźwięku i zastąpienie go nowym, który spełniałby przywołane wcześniej kryteria cechujące głoskę [r]. Wywoływanie głoski odbywało się przez połączenie dwu metod: logopedycznej, polegającej na mechanicznym potrącaniu dolnej (wewnętrznej) części języka palcem wskazującym w czasie wymawiania głoski [d]⁵, i glottodydaktycznej, polegającej na naprzemiennym szybkim wymawianiu zębowego [t] i dziąsłowego [l]. Innym ćwiczeniem pomocnym w wywoływaniu [r] było szybkie powtarzanie zbitek: *tdna, tdla, tdle, ..., tdn, tdt, bda, bdo, bdu*, ze wskazaniem na dziąsłową realizację głosek przedniojęzykowo-zębowych [t] i [d]. Ćwiczenia te miały jeden cel – wywołać intensywniejsze ruchy czubka języka, aktywizować jego „rozleniwioną” końcówkę. Proces ten trwał długo, bo aż około 8 miesięcy. Drażnienie czubka języka po pewnym czasie zaczęło przynosić efekty w postaci słuchowo wyodrębnianego dźwięku. Utrzymanie tak uzyskanej wibracji początkowo w ogóle się nie udawało, stopniowo zaczęło być możliwe. W terapii osiągnęliśmy swoisty odruch Pawłowa – wystarczyło zbliżyć palec do wewnętrznej strony czubka języka, już nawet bez poruszania nim, a pojawiało się drżące apikalne [r]. Sukces tej metody jest wprost proporcjonalny do częstotliwości jej stosowania. Powtarzanie ćwiczenia krótko, ale kilka razy dziennie przyspieszyło osiągnięcie zamierzonego efektu bardziej niż długie, ale rzadsze wykonywanie go. Warto w tym miejscu wspomnieć o jeszcze jednej rzeczy – o motywacji. Metoda mechanicznego podrażniania wewnętrznej strony czubka języka nie należy do najprzyjemniejszych i często zdarza się, że pacjent się do niej zniechęca. Tak było również i w tym przypadku. Żeby jakoś do tego ćwiczenia zachęcić, zostało ono wprowadzone w domu w czasie codziennego wieczornego czytania chłopcu bardzo interesującej go książki. Ciekawy

⁵ Ponieważ wymaga to szybkich ruchów palca, lepiej pomóc dziecku w ten sposób, że trzyma się jego rękę i kieruje nią w trakcie przesuwania palcem wskazującym pod czubkiem języka podczas wymawiania dziąsłowego [d].

dalszych przygód bohatera chłopczyk sam zaproponował, że za przeczytanie kolejnej strony gotów jest kilka razy wykonywać nielubiane ćwiczenie. Sprzężenie tych dwu rzeczy – pogrążenia w wyimaginowanym świecie lektury i realizacji zadania logopedycznego – stworzyło dobry psychiczny grunt do wywołania, a następnie utrwalenia głoski w izolacji. Metoda może nieco „handlowa”, ale jak się okazało, w tym przypadku niezwykle skuteczna.

Głoska po wywołaniu przez długi czas była wymawiana z trochę przesadną wibracją, trudno było chłopcu zastosować ją w wyrazach. Zaczęto tę umiejętność ćwiczyć najpierw w nagłosie i śródgłosie po spółgłoskach [t, d, p, b, t, d, k, g, m, f, v, ś, s, z, ś, ź], potem ćwiczono [r] w sąsiedztwie samogłosek [u, o, a, e, y] w nagłosie wyrazu. Dużą pomocą w prowadzeniu terapii było włączenie do niej elementów pedagogiki zabawy, przeprowadzanie ćwiczeń z koleżanką, która również potrzebowała logopedycznej korekty (dodatkowa motywacja, gdyż dziewczynka już umiała mówić [r], miała natomiast problem z [l]), wykorzystanie komputerowych programów logopedycznych, a także wspólnie układanych wierszyków z [r] w roli głównej. Oto kilka z nich:

Wrona

Kra, kra, kra, kracze wrona,
Kręcąc się wokół ogona.
Dręczy mnie taka trwoga –
Czego szuka nieboga?

Króliki

Nastroszone uszy, naprężone wąsy,
To króliki niemądre zaczynają płąsy.
Efekt – schrupana trawa.
Taka królicza zabawa.

Papryka

To poranna muzyka
Wygrywana przez zdarty falset czajnika.

Kontrabas

Który bardziej kontra bywa?
Pyta krowa nieszczęśliwa.
Czemu krowa? – pytasz ty,
Nie wiem, pewnie mi się śni.

Raczek

Rwący potok przemierzyć! –
Rak czerwony marzy.
Ale trud to daremny,
Gdy rybak na straży.

Ropucha

Rade, rade, rade rech
Ze mną jest sto pociech!
Kto nie wierzy – jego rzecz.
Rade, rade, rade – recz.

Rosiczka

Małą muszkę skora schrupać
Główkę mocno przechylała.
Muszka z kwiatka się zerwała
A rosiczka kark złamała.

Rododendron

To przekleństwo reraczy.
No bo przecież bez mrugnięcia
reracz wymówić tego nie raczy.

Krab

W kryształowej wody toni rybka rybkę chyżo goni.
A za rybką kroczy krab,
Poszukując starych map.
Na tych mapach świat prawdziwy,
Polne trakty, lasy, dziwy.

Nie dla kraba drogi te,
Każdy o tym dobrze wie.
Ale krab-marzyciel stary
Taką wiarą karmi się,
że gdy dobrą mapę znajdzie
Woda w ziemię zmieni się.

Podsumowanie

Przedstawiona teoria i elementy jej praktycznego wykorzystania to opis drogi terapeutycznej, która w tym przypadku doprowadziła do szczęśliwego finału – udało się wywołać i zautomatyzować głoskę [r].

Ważnym sposobem aktywizowania chłopca było włączenie go w przygotowywanie terapii. W związku z tym, że chętnie rysuje, został poproszony o przygotowanie obrazkowych historyjek przedstawiających wycieczki naszych pierwszych bohaterów: głosek [t], [d] oraz [n]. Założona została specjalna teczka, w której gromadzone były jego rysunki. Nagrodą za wykonanie ćwiczenia było ich uzupełnianie, kolorowanie, dokładanie dodatkowych elementów krajobrazu. Dzięki temu, że chłopiec ma muzyczne zdolności, bardzo dobre efekty przyniosło włączenie do terapii ćwiczeń logorytmicznych, a także elementów emisji głosu (ćwiczenia relaksacyjne, oddechowe, rezonansu, artykulacyjne). Przełomem w terapii okazało się zastosowanie kamery. Chłopiec chętnie pozwalał się nagrywać, a oglądanie filmów pokazujących pracę terapeutyczną było bardzo kształtujące zarówno dla logopedy, jak i dla niego. Terapeucie pozwoliło dokładniej określić rodzaj fonemów, którymi zastępowany był fonem /r/, a także uświadomić, że pozycja wadliwie realizowanej głoski w wyrazie w jego wypadku ma fundamentalne znaczenie. Różnica w realizacji [r] w nagłosie, śródgłosie i wygłosie pozwoliła tak dobierać wyrazy do ćwiczeń, aby utrwalac najlepsze realizacje.

W planowaniu terapii i jej skutecznym przeprowadzeniu bardzo pomocne były elementy pedagogiki zabawy. Jeden z odcinków ulubionego serialu chłopca, a mianowicie *Przyjaciele z podwórka*, nosi tytuł *Skarb piratów*. W terapii wykorzystano zarówno ten film, jak i wielkie zainteresowanie chłopca piratami i przygotowano grę „Arrr” – *tak pirat woła*

pośród fal. Chłopczyk bardzo chętnie się w nią bawił i to pomagało skłonić go do ćwiczeń nawet wtedy, gdy nie bardzo miał na nie ochotę. Należy bowiem zauważyć, że po okresie pierwszej fascynacji terapią logopedyczną nastąpił okres znudzenia nią, co wymusiło modyfikację dotychczas stosowanych metod i skłoniło do szukania sposobów na ponowne ożywienie uwagi dziecka. Dobrą metodą była właśnie wzmiankowana już zabawa w piratów oraz śpiewanie piosenek z przesadną, czasami kabaletową artykulacją, a także wspólne wymyślanie logopedycznych, nieco purnonsensowych – i dzięki temu bardzo chłopca rozbawiających – fraszek, naszpikowanych wyrazami z [r]. To utrzymanie uwagi dziecka na wysokim poziomie bardzo było potrzebne do zachowania odpowiedniej częstotliwości i systematyczności spotkań. Terapia wyraźne efekty zaczęła przynosić dopiero wtedy, gdy zalecane ćwiczenia były przeprowadzane codziennie.

Bibliografia

- CIESZYŃSKA J., 2003: *Metody wywoływania głosek*. Kraków: Arson.
- DEMEL G., 1978: *Minimum logopedyczne nauczyciela przedszkola*. Warszawa: WSiP.
- DEMEL G., 1979: *Wady wymowy*. Warszawa: PZWL.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (fourth edition) – DSM-IV, 1994. Washington: American Psychiatric Association.
- DILLING-OSTROWSKA E., 1990: *Zaburzenia mowy*. W: CZOCHAŃSKA J., red.: *Neurologia dziecięca*. Warszawa: PZWL.
- DUKIEWICZ L., SAWICKA I., 1995: *Fonetyka i fonologia*. Kraków: Wydawnictwo Instytutu Języka Polskiego PAN.
- FÜHRING M., LETTMAYER O., ELSTNER W., LANG H., 1976: *Die Sprachfehler des Kindes und ihre Beseitigung*. Wien: Österreichischer Bundesverlag.
- JASTRZĘBOWSKA G., 2003: *Dyslalia*. W: GAŁKOWSKI T., JASTRZĘBOWSKA G., red.: *Logopedia. Pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*. T. 2. Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, s. 403–429.
- JASTRZĘBOWSKA G., PELC-PĘKAŁA O., 2003: *Metodyka ogólna diagnozy i terapii logopedycznej*. W: GAŁKOWSKI T., JASTRZĘBOWSKA G., red.: *Logopedia. Pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*. T. 2. Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, s. 309–345.
- KACZMAREK L., 1966: *Nasze dziecko uczy się mowy*. Lublin: WL.
- KACZMAREK L., 1981: *Program studiów logopedycznych*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- KANIA J.T., 2001: *Szkice logopedyczne*. Warszawa: WSiP [pierwodruk: 1967].

- Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*, 2000. Kraków: Vesalius.
- LIŠKA J., 1974: *Hlasky r a ř v normálnej a patologickej výslovnosti*. In: *Logopedický zborník, 2-3. Z logopedického výskumu*. Košice: Vychodoslovenské vydavateľstvo, s. 21–162.
- MICHALAK-WIDERA I., 2000: *Kwestionariusz obrazkowy do badania mowy dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym*. Katowice: Unikat 2.
- MICHALAK-WIDERA I., 2007: *Mile uszom dźwięki. Usprawnianie narządów mowy i ćwiczenia prawidłowego wymawiania głosek*. Katowice: Unikat 2.
- MICHALAK-WIDERA I., WĘSIERSKA K., 2009: *Będę wielkim mówcą. Poziom I – Zabawy buzi i języka dla każdego smyka*. Katowice: Unikat 2.
- MIERZEJEWSKA H., EMILUTA-ROZYA D., 1997: *Projekt zestawiania form zaburzeń mowy*. „Audiofonologia”, T. 10, s. 37–48.
- MINCZAKIEWICZ E., 1992: *Logopedia*. Kraków: Wydawnictwo WSP.
- MINCZAKIEWICZ E., 1997: *Mowa – rozwój – zaburzenia – terapia*. Kraków: Wydawnictwo WSP.
- OSTAPIUK B., 2002: *Dziecięca artykulacja czy wada wymowy – między fizjologią a patologią*. „Logopedia”, T. 31, s. 95–156.
- OSTASZEWSKA D., TAMBOR J., 2006: *Fonetyka i fonologia współczesnego języka polskiego*. Warszawa: PWN.
- PORAYSKI-POMSTA J., 2009: *Zagadnienia periodyzacji rozwoju mowy dziecka*. „Logopeda”, nr 7, s. 7–31. Dostępne w Internecie: http://www.logopeda.org.pl/resources/pliki/83_logopeda_nr_7_.pdf [data dostępu: 24.07.2012].
- PRUSZEWICZ A., red., 1992: *Foniatria kliniczna*. Warszawa: PZWL.
- RODAK H., 1992: *Terapia dziecka z wadą wymowy*. Warszawa: Wydawnictwo Polskiej Fundacji Zaburzeń Mowy.
- RODAK H., 1998: *Uczymy się mówić poprawnie. Poradnik logopedyczny z ćwiczeniami [r]*. Warszawa: WSiP.
- SACHAJSKA E., 1981: *Uczymy poprawnej wymowy*. Warszawa: WSiP.
- SAWA B., 1990: *Dzieci z zaburzeniami mowy*. Warszawa: WSiP.
- SKOREK E.M., 2000: *Z logopedią na ty. Podręczny słownik logopedyczny*. Kraków: Impuls.
- SKOREK E.M., 2003: *Reranie. Profilaktyka, diagnoza, korekcja*. Kraków: Impuls.
- SOŁTYS-CHMIELOWICZ A., 2001: *Rotacyzm*. „Logopedia”, T. 29, s. 37–51.
- SOŁTYS-CHMIELOWICZ A., 2002: *Wady wymowy i ich korygowanie*. „Logopedia”, T. 31, s. 53–93.
- SOŁTYS-CHMIELOWICZ A., 2008: *Standard postępowania logopedycznego w dyslalii*. „Logopedia”, T. 37, s. 59–68.
- SPIONEK H., 1969: *Zaburzenia psychoruchowego rozwoju dziecka*. Warszawa: PWN.
- STYCZEK I., 1979: *Logopedia*. Warszawa: PWN.
- TRZASKALIK J., 2012: *Choroby układu oddechowego jako przyczyna dyslalii – na przykładzie dzieci z aglomeracji śląskiej*. W: KOKOT K., red.: *Wieloaspektowość diagnozy*

- i terapii logopedycznej*. Wrocław: Oficyna Wydawnicza „Atut” – Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe, s. 67–86.
- WEINERT H., 1982: *Die Bekämpfung von Sprachfehlern*. Berlin: VEB Verlag Volk und Gesundheit.
- WIERZCHOWSKA B., 1971: *Wymowa polska*. Warszawa: Państwowe Zakłady Wydawnictw Szkolnych.

Ewa Biłas-Pleszak

A case study of a preschool child diagnosed with rhotacism

Summary

The sonorant consonant “r” belongs to the group of consonants that children learn to produce very late and their pronunciation is often deformed. This is the consequence of high articulatory demands of this particular sound – efficient work of the tip of the tongue is required. The following paper presents how a six-year-old boy is gradually learning how to produce the sound “r”. The author describes how the sound “r” is replaced with some other well-articulated sounds and next how the sounds very similar to “r” are gradually appearing in the boy’s speech. This process allowed the boy to start producing a short vocal element similar to “y” but pronounced with the mass of the tongue located in the back. This kind of articulation is known as sibilant. Finally, the paper describes the therapeutic process which resulted in the appearance of the correct pronunciation.

Ewa Biłas-Pleszak

Die Fallstudie: ein Vorschulkind mit diagnostiziertem typischem Rhotazismus

Zusammenfassung

Der Sonorlaut [r] gehört zu den Konsonanten, die von den Kindern am spätesten ausgesprochen und am häufigsten auch gewandelt werden. Verantwortlich dafür sind hohe Artikulationsanforderungen des Lautes – richtige Aussprache des r-Lautes ist zwar durch geschickte Zungenspitze bedingt. Der vorliegende Artikel zeigt, auf welche Weise sich der r- Laut bei einem sechsjährigen Jungen gebildet hat. Beschrieben werden hier also die einzelnen Stadien der Artikulation: der Junge ersetzt „r“ durch andere richtig ausgesprochene Laute, dann sucht er nach einem, seiner Meinung nach, dem

r-Laut ähnlichsten Laut. Infolge der Versuche begann das Kind ein kurzes, dem [y] ähnliches Vokalelement zu artikulieren, das aber durch maximal hintere Zungenlage gekennzeichnet war. Solche Artikulationen werden zu Engelaute gerechnet. Die Verfasserin stellt den ganzen therapeutischen Prozess dar, der zuerst die Auslösung und dann die Einprägung der richtigen Aussprache mit sich brachte.