

# Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis

Studia Logopaedica 7 (2023)

ISSN 2083-7283

DOI 10.24917/20837283.7.12

*Marzena Maria Szurek*

Uniwersytet Ignatianum, Kraków

ORCID 0000-0002-8134-2285

## Metody postępowania logopedycznego w terapii pacjenta z mową bezdźwięczną – studium przypadku

Speech therapy methods in the treatment of a patient with unvoiced speech – a case study

### Streszczenie

Artykuł jest studium przypadku 6-letniej dziewczynki z mową bezdźwięczną, opisuje przebieg diagnozy oraz terapii z wypukleniem jej najważniejszych etapów, okoliczności indywidualizacji podejścia terapeutycznego i zwróceniem uwagi na sukcesy i największe trudności, jakie pojawiły się w trakcie pracy w gabinecie logopedycznym i poza nim. Analizę przypadku poprzedzono podstawowymi informacjami na temat mowy bezdźwięcznej, jej specyfiki, etiologii i najważniejszych odniesień do tego typu dyslalii w literaturze przedmiotu.

**Słowa kluczowe:** dyslalia, wady wymowy, mowa bezdźwięczna, desonorizacja, terapia logopedyczna

### Abstract

The article is the case study of a 6-year-old girl with voiceless speech. It describes the course of diagnosis and therapy, highlighting its most important stages and the circumstances of individualization of the therapeutic approach. It also points out the successes and greatest difficulties that arose in the course of the work in the speech therapist's office and outside it. The case study was preceded by basic information about voiceless speech, its specificity, etiology and the most important references to this type of dyslalia in the source literature.

**Key words:** dyslalia, speech impediments, voiceless speech, desonorization, speech therapy

## Mowa bezdźwięczna w świetle teorii

Zaburzenie mowy dotyczące kategorii dźwięczności jest szczególnym rodzajem dyslalii, z którym logopeda spotyka się dość rzadko. Badania M. Demela, przeprowadzone w połowie ubiegłego wieku wśród dzieci w wieku wczesnoszkolnym, wskazywały na występowanie tego zaburzenia u 1% populacji (Demel, 1959), zaś A. Sołtys-Chmielowicz prawie czterdzieści lat później wymowę bezdźwięczną zdiagnozowała u ok. 2% dzieci, robiąc próby z udziałem dzieci w wieku przedszkolnym (3–6 lat) oraz powyżej 6 r.ż. (Sołtys-Chmielowicz, 1998, s. 136). A. Lorenc rozbieżności w wynikach badań tłumaczy odmiennością metodologiczną i różnymi narzędziami badawczymi, podejmując jednocześnie własne badania eksperymentalne w oparciu na metodologii fonetyki akustycznej i audytywnej<sup>1</sup> i polemizując z dotychczasowymi ustaleniami na temat zaburzeń dźwięczności (Lorenc, 2012, s. 71–91)<sup>2</sup>. Badania te zostały poprzedzone przeprowadzonymi kilka lata wcześniej i opublikowanymi pod nazwiskiem Trochymiuk szeroko zakrojonymi analizami statystycznymi (Trochymiuk, 2008). Oprócz wymienionych autorów problem mowy bezdźwięcznej podejmowali na gruncie polskim m.in. również J.T. Kania (1975, s. 89–95, 1982), P. Łobacz (1996), L. Konopska (2015, 2017, 2018) i pośrednio też L. Kaczmarek (1988), B. Ostapiuk (2013) czy D. Pluta-Wojciechowska (2012). Zjawisko to jednak, ze względu na małą powszechność, nie jest tak obszernie opisywane jak inne rodzaje dyslalii, wobec czego w konsekwencji przypadki zaburzeń w realizacji dźwięczności nastroczają logopedom wielu dylematów i trudności w postępowaniu terapeutycznym. Szczególnie trudny jest pierwszy etap terapii, jako że wada ta wiąże się z dużym stopniem niezrozumiałości mowy, a często też ze zjawiskiem obniżonej motywacji do mówienia, szczególnie u dzieci doświadczających porażek komunikacyjnych.

Zaburzenie w zakresie realizacji dźwięczności określane jest w literaturze najczęściej jako mowa bezdźwięczna (Kania, 1982; Sołtys-Chmielowicz, 2011), ale też wymowa bezdźwięczna (Kaczmarek, 1982), dyslalia desonoracyjna (Konopska, Tarnowska, 2005) lub dyssonorność (Ostapiuk, 2013)<sup>3</sup>. Polega ono na pozbawieniu lub zaburzeniu cechy dźwięczności w głoskach, dla których dźwięczność owa jest cechą dystynktywną, różnicującą głoski opozycyjne<sup>4</sup>. Najczęściej osoba z tego typu

<sup>1</sup> Badania te, jak wyjaśnia autorka, uwzględniały pomiar czasu rozpoczęcia dźwięczności (VOT) spółgłosek zwarto-wybuchowych, a także polegały na eksperckiej ocenie transkrybentów (Lorenc, 2012, s. 76–78).

<sup>2</sup> „[...] Przeprowadzona analiza wykazała, że w obrębie spółgłosek zwarto-wybuchowych tzw. mowa bezdźwięczna nie jest zjawiskiem w swej istocie jednorodnym, opartym na opozycji binarnej, w którym głoski dźwięczne zastępowane są bezdźwięcznymi odpowiednikami (por. Kania, 1982; Sołtys-Chmielowicz, 2008). Zaproponowana klasyfikacja sposobów realizacji dźwięczności w mowie zaburzonej wskazuje na ich o wiele większe zróżnicowanie, a zarazem ogromną indywidualizację” (Lorenc, 2012, s. 86).

<sup>3</sup> D. Pluta-Wojciechowska zaproponowała termin „dyssonantyczność” (2012, s. 40), jednakże wskazuje się na niejednoznaczność i niefortunność tego określenia, na co zwracają uwagę A. Lorenc i J. Skrzek (2021, s. 249).

<sup>4</sup> Zgodnie z tym, co podaje literatura (np. Sołtys-Chmielowicz, 2011, s. 89), w języku polskim występuje 13 par głosek opartych na opozycji dźwięczności: [p–b, p'–b', f–v, f'–v', t–d,

zaburzeniem realizuje głoski dźwięczne w postaci ich bezdźwięcznych odpowiedników (Kania, 1982; Sołtys-Chmielowicz, 2011). Jednak brak dźwięczności nie dotyczy głosek półotwartych i samogłosek, co wskazuje na rolę stopnia otwarcia głoski w realizacji dźwięczności (por. Kania, 1982, s. 244). Kania wskazuje też na realizację półdźwięczną z dźwięczną fazą początkową wymowy i bezdźwięczną fazą końcową lub w konfiguracji odwrotnej, która może występować na etapie przejściowym terapii (por. Lorenc, Skrzek, 2021, s. 250). Jednak badania A. Trochymiuk [Lorenc] wykazały, że „mowa bezdźwięczna prezentuje się jako o wiele bardziej skomplikowane zjawisko niż tylko zastępowanie realizacji fonemów dźwięcznych ich bezdźwięcznymi odpowiednikami [...]” (Trochymiuk [Lorenc], 2008, s. 148–153). Autorka zaproponowała własną klasyfikację sposobów realizacji dźwięczności w mowie zaburzonej, zwracając uwagę na jej zróżnicowanie oraz indywidualizację. Na podstawie analizy fonetyczno-akustycznej parametru VOT wyróżniła następujące typy głosek (zaznaczyć należy, że badania dotyczyły tylko spółgłosek zwarto-wybuchowych): głoski całkowicie dźwięczne, częściowo dźwięczne, częściowo bezdźwięczne w połączeniu z krótką afrykacją, częściowo bezdźwięczne w połączeniu z długą afrykacją, bezdźwięczne, bezdźwięczne w połączeniu z krótką afrykacją oraz bezdźwięczne w połączeniu z długą afrykacją (Trochymiuk [Lorenc], 2008, s. 148–153). Niezależnie od podziałów przyjętych przez badaczy w warunkach gabinetowych i na potrzeby terapii logopeda powinien opierać się przede wszystkim na kryterium ortoepicznym (słuchowa ocena wypowiedzi pacjenta w kontekście normy realizacyjnej), ale też brać pod uwagę inne kryteria: estetyczne (wzrokowa ocena ułożenia aparatu artykulacyjnego), wiekowe (uwzględniające proces i etapy nabywania poszczególnych dźwięków w trakcie rozwoju dziecka), medyczne (ocena przyczyn w kontekście warunków anatomicznych obszaru ustno-twarzowego) (por. Kania, 1982, s. 148; Skrzek, 2012, s. 129).

Etiologia mowy bezdźwięcznej została opisana przez J.T. Kanię i stanowi ona klasyczny wzorec podziału przyczyn tego zaburzenia dla praktyków, a jego znajomość jest istotna z punktu widzenia przebiegu terapii, szczególnie w fazie początkowej. Autor wskazał na trzy główne powrojenie mowy bezdźwięcznej: zaburzenia słucho fonematycznego, zaburzenia słucho fizycznego oraz brak koordynacji między pracą fałdów głosowych a pracą nasady. Wspomina też o przyczynach związanych z zaburzeniem kinestezji artykulacyjnej, uszkodzeniem centralnego układu nerwowego (u dzieci) lub afazją aferentną (u dorosłych) (Kania, 1975, s. 206; 1982, s. 249). Nierealizowanie dźwięczności spowodowane zaburzeniami słucho fonematycznego jest, nawiązując do teorii S. Grabiasa, deficytem w zakresie kompetencji (Grabias, 1994, por. też Sołtys-Chmielowicz, 2011, s. 90). Opanowanie umiejętności realizowania opozycji dźwięczna–bezdźwięczna jest utrudnione, ponieważ dziecko tej opozycji nie różnicuje słucho albo może słyseć ją wyłącznie u innych osób, ale nie we własnych realizacjach. Píše o tym zarówno Kaczmarek (1982, s. 104),

---

k–g, k'–g', c–z, č–ž, ć–ź, s–z, ś–ź, š–ž]. Zastanawiające, że repertuar ów nie uwzględnia opozycji [t'–d'] również występującej we współczesnym języku polskim, np. [t' ĩara], [d' ĩament], [d' ĩadem].

jak i Sołtys-Chmielowicz (2011, s. 90). Wada słuchu fizycznego to również brak lub zaburzenie kompetencji, spowodowane jednak nieposiadaniem wzorca słuchowego, do którego można by się odnieść. W przypadku osób niedosłyszących istotną rolę w percepcji spółgłosek dźwięcznych będzie pełnić odległość od źródła bodźca słuchowego (Sołtys-Chmielowicz, 2011, s. 91). Z inną sytuacją spotykamy się wtedy, gdy zaburzenie dźwięczności wynika z braku koordynacji między pracą łańdów głosowych a pracą artykulatorów, ale także przy zaburzonej kinestezji artykulacyjnej, co wiąże się z kłopotami w zakresie realizacji, a nie kompetencji. Fonemy dźwięczne, jeśli nawet są różnicowane słuchowo i istnieją w umyśle pacjenta jako byty psychiczne, nie mogą być poprawnie wymówione (Sołtys-Chmielowicz, 2011, s. 91–92). Jak bowiem piszą L. Konopska i E. Teresińska (2020, s. 26), „artykulacja dźwięcznych spółgłosek obstruentalnych wymaga superpozycji zwarcia i/lub szczeliny oraz drgań łańdów głosowych”, co sprawia, że pod względem aerodynamicznym są to głoski bardzo trudne do wyartykułowania (Ohala, Riordan, 1979; Ohala, Solé, 2010).

## **Analiza przypadku dziecka z mową bezdźwięczną**

### **Opis diagnostyczny**

Anastazja zgłosiła się na diagnozę logopedyczną w wieku 6 lat. Na podstawie wywiadu pośredniego z rodzicami ustalono, że dziewczynka była dotychczas w nieregularnej terapii logopedycznej trwającej od 2 lat, ale nie przyniosło to poprawy artykulacji.

Dziecko urodziło się siłami natury, bez komplikacji, a po urodzeniu otrzymało 10 punktów w skali Apgar. Miejsce zamieszkania Anastazji to duże miasto, rodzice posiadający wyższe wykształcenie wychowują też starszego o trzy lata od córki syna. Dziewczynka uczęszcza do zerówki, dotychczas nie miała problemów społecznych, była wesoła i miała łatwość nawiązywania relacji, ale coraz bardziej zaczyna wycofywać się z kontaktów interpersonalnych ze względu na świadomość niezrozumiałości swojej mowy, a także w reakcji na sporadycznie zdarzające się sytuacje wykluczenia i dyskredytujące zachowanie rówieśników.

Rodzice opisali rozwój motoryczny dziewczynki jako normatywny. Anastazja stopniowo i bez większych trudności osiągała kolejne umiejętności w zakresie motoryki dużej, mając około roku zaczęła stawiać pierwsze samodzielne kroki. Jednakże dość późno (w porównaniu ze starszym bratem) zaczęła mówić. Trudno odnieść się w tym przypadku do czasowych norm rozwojowych dotyczących etapów nabywania języka, bo rodzice nie pamiętają dokładnego wieku, w którym u dziewczynki pojawiły się intencjonalne dźwięki, gaworzenie samonaśladowcze, pierwsze wyrazy czy zdania. Relacjonują rozwój językowy Anastazji na zasadzie porównania z rozwojem mowy starszego syna.

Badanie lateralizacji wykazało praworęczność, przewagę prawego oka oraz nieustabilizowaną lateralizację ucha. W ocenie wizualnej pozycji spoczynkowej języka oraz podczas obserwacji toru oddechowego nie stwierdzono nieprawidłowości. Badanie słuchu fonematycznego, przeprowadzone dwukrotnie na różnych materiałach (Emiluta-Rozya, 2013; Gruba, 2016), nie wykazało dysfunkcji w tym obszarze. Dziewczynka prawidłowo różnicowała percepcyjnie pary opozycyjne, nie objawiała

też problemów w rozumieniu tekstu słuchanego, a mimo to nie realizowała dźwięczności w wymowie. Obserwowane u Anastazji nieprawidłowości fonetyczne odpowiadały najczęściej obserwowanemu typowi bezdźwięczności polegającemu na konsekwentnym zastępowaniu głosek dźwięcznych ich bezdźwięcznymi odpowiednikami. Zauważalne były też uproszczenia zbitek spółgłoskowych, rozpodobnienia i sporadyczne elizje lub metatezy głosek czy sylab w dłuższych wyrazach. Taki sposób artykulacji czynił wypowiedzi dziewczynki w znacznej mierze niezrozumiałymi. W celu dopełnienia diagnozy zalecono też konsultację laryngologiczną, ale ta nie wykazała żadnych nieprawidłowości. Wstępnemu badaniu poddano kinestezję artykulacyjną (Duda, 2018), która okazała się zaburzona. Zauważono też słabą izolację ruchów zuchwy od ruchów języka.

Ze względu na – współwystępujące z mową bezdźwięczną – inne objawy nieprawidłowości językowych przeprowadzono również test zagrożenia dysleksją SWM (Cieszyńska-Rożek, Korendo, 2022). Anastazja uzyskała w nim dobre wyniki: prawidłowy poziom analizy i syntezy wzrokowej (zarówno na materiale tematycznym, jak i atematycznym), adekwatne użycie języka, bardzo dobrą pamięć sekwencyjną na materiale wzrokowym. Jednakże zauważono (zbieżnie z wcześniejszymi obserwacjami) pewne deficyty w zakresie analizy i syntezy słuchowej oraz pamięci słuchowej – opuszczanie bądź przestawianie sylab w wyrazach i wyrazów w zdaniach. Obszarem zaburzonym okazała się też grafopercepcja – podczas wykonywania zadań dziewczynka miała problem z odrysowaniem zaprezentowanych wzorów. Dodatkowo, zgodnie z tym, co zauważyli J.T. Kania, a następnie A. Sołtys-Chmielowicz (1989) na temat korelacji mowy bezdźwięcznej z deficytami w zakresie czytania i pisania, dziewczynka wykazywała duże trudności podczas nauki czytania i pisania – głównie dotyczyły one syntezy liter i sylab, ponadto myliła litery, zamieniała miejscami głoski dźwięczne i bezdźwięczne, stosowała rozpodobnienia pod względem dźwięczności.

Na podstawie powyższego, posługując się terminologią zaproponowaną przez A. Lorenc i J. Skrzeka (2021, s. 257), rozpoznano u Anastazji dyslalię desonorizacyjno-fonacyjną. Z uwagi na prawidłowy słuch fizyczny, niezaburzony słuch fonematyczny sądzić można, że mowa bezdźwięczna, ale też pozostałe deficyty językowe dziewczynki nie wynikały z braku kompetencji, a raczej z problemów realizacyjnych powiązanych z zaburzoną kinestezją artykulacyjną i słabą koordynacją fałdów głosowych z nasadą. Przez wzgląd na korelację z problemami grafopercepcyjnymi oraz kłopotami w dokonywaniu syntezy podczas czynności czytania i w zadaniach słuchowych wzięto też pod uwagę zaburzenia mechanizmu sekwencyjności, pamięci sekwencyjnej i koordynacji w szerszym zakresie. To w sposób oczywisty implikowało połączenie terapii mowy bezdźwięcznej z terapią ogólnorozwojową stymulującą procesy myślowe, w których zauważono deficyty. Aby jednak pozostać w zgodzie z tematem artykułu, dalsza część opisu będzie zogniskowana głównie na przebiegu terapii w aspekcie mowy bezdźwięcznej.

## Przebieg terapii

Dotychczasowa nieskuteczna terapia logopedyczna koncentrowała się na próbie wywołania dźwięczności głosek, ale bez uwzględnienia aspektu etiologicznego wskazującego na zaburzenia kinestezji i koordynacji<sup>5</sup>. Terapię przeprowadzano z pominięciem etapu przygotowującego do wywoływania głosek, co – z racji braku efektywności – dodatkowo znacznie obniżyło motywację dziecka do pracy nad własną wymową. To pokazuje, jak ważne jest holistyczne podejście terapeutyczne, ze szczegółową analizą nie tylko objawów, ale też etiologii zaburzenia i całościową oceną problemu.

Na podstawie postawionej diagnozy ustalony został dla Anastazji plan terapii logopedycznej (odbywającej się w wymiarze 1 godziny tygodniowo), który można zawrzeć w trzech punktach obrazujących obszary działań. Na początku pracy z dzieckiem kluczowa była kolejność, w jakiej zostały przedstawione oddziaływania logopedyczne, natomiast w momencie dotarcia do etapu trzeciego na dalszy plan schodziły czynności realizowane we wcześniejszych punktach, aż do zupełnego ich wygaszenia<sup>6</sup>. Poniżej przedstawiono i opisano wspomniane aspekty terapii – etap przygotowawczy, etap wywoływania głosek oraz etap automatyzacji wymowy.

1. **Etap przygotowawczy** polegał na uświadamianiu różnicy między głoskami dźwięcznymi i bezdźwięcznymi na zasadzie czuciowej kontroli ruchów krtani podczas pracy fałdów głosowych. Miało to na celu dostrzeżenie tej opozycji nie tyle słuchowo, bo dziewczynka słyszała różnicę w wypowiedziach innych osób, co czuciowo – przez zwiększenie nacisku na kinestezję artykulacyjną, czyli uruchomienie czucia własnych narządów mowy. Początkowo dziecko słuchało artykulacji logopedy, kładąc jedną rękę na jego krtani, a drugą rękę przykładając do swojej krtani (Sołtys-Chmielowicz, 2011, s. 93). Dla wzmocnienia wrażeń zmysłowych zastosowano też metodę sugerowaną przez J. Cieszyńską, czyli mruczenie wykonywane przez logopedę trzymającego dziecko na kolanach „aby mogło odczuć wibracje całego ciała przenoszone przez kości” (Cieszyńska, 2012, s. 30). Skuteczność tego typu stymulacji zmysłowych (ingerencji dotykowej) podczas terapii dziecka z dyslalią obwodową potwierdza, opisując swój eksperyment, J. Skrzek (2017).

Kolejną fazą było podjęcie samodzielnych prób wymowy głosek dźwięcznych przez dziecko (z utrzymaniem autokontroli dotykowej oraz kontroli krtani logopedy). Ponieważ możliwa do osiągnięcia przez pacjenta dźwięczność może być zrealizowana na tym etapie tylko podczas wymawiania samogłosek

---

<sup>5</sup> Co pozwala sądzić, że zaburzenie to jest zagadnieniem trudnym dla logopedów, a co dopiero dla osób bez przygotowania logopedycznego (nauczycieli, rodziców). Sołtys-Chmielowicz stwierdza, że „[...] wada ta czasami jest trudna do wykrycia. Można jej nie zauważyć u dziecka mówiącego bardzo cicho” (2011, s. 92).

<sup>6</sup> Wygaszenie ćwiczeń stymulujących kinestezję artykulacyjną i ćwiczeń relaksacyjnych następowało w sposób naturalny, kiedy już kontrola czuciowa pracy fałdów głosowych oraz świadoma redukcja napięcia mięśniowego nie były potrzebne (a według J. Skrzeka mogłaby być nawet szkodliwa i świadczyć o złym przebiegu terapii – 2017, s. 191) do realizacji dźwięku w fazie automatyzacji.

i spółgłosek sonornych, to właśnie te drugie posłużyły jako kontrast do bezdźwięcznych obstruentów. Na tym etapie, dla zintensyfikowania stymulacji zmysłowej, Anastazja podczas wymawiania opozycji np. m–p, n–t, l–c (Sołtys-Chmielowicz, 2011, s. 93), n–c, n–s (Kania, 1982, s. 252) zakrywała dłońmi uszy. „Odczucie różnicy między dźwięczną a bezdźwięczną jest wówczas o wiele bardziej wyraziste” (Sołtys-Chmielowicz, 2011, s. 93). Również samogłoski, jako nośniki cechy dźwięczności, zostały wykorzystane do odczucia pracy aparatu mowy – dziewczynka wymawiała je naprzemiennie głośno i szeptem, z jednoczesną dotykową kontrolą vibracji odczuwanych w okolicach krtani.

W miarę jak dziecko zyskiwało świadomość istnienia opozycji dźwięczności i nabywało coraz większej sprawności w zakresie kinestezji artykulacyjnej, techniki oparte na percepcji czuciowej można było stopniowo zastąpić wizualizacją za pomocą gestów obrazujących aktywność wiązań głosowych. W przypadku Anastazji było to dotknięcie palcem krtani lub jedynie wskazanie w kierunku krtani (Cieszyńska, 2012).

Ów początek procesu terapeutycznego stanowił największe wyzwanie zarówno dla Anastazji, jak i logopedy. Dziewczynce trudno było skupić się na ćwiczeniach, które w jej odczuciu nie dawały bezpośredniego i natychmiastowego efektu w postaci poprawy jakości komunikacji. Brak motywacji wynikał też z wcześniejszych, nieskutkujących osiągnięciem prawidłowej wymowy, wysiłków podejmowanych podczas trwania długiej terapii. Intensywne ćwiczenia przygotowujące do właściwej pracy nad zaburzonymi głoskami musiały być więc przeplatane różnymi formami uatrakcyjniania zajęć. Ważnym elementem okazały się tu zabawy ruchowe, ćwiczenia oddechowe i relaksacyjne, które posłużyły nie tylko do poprawy samopoczucia dziecka, ale także do zredukowania napięcia w krtani. Ćwiczenia te wykonywano z wykorzystaniem techniki Lax Vox, stosując tzw. oddech trziemiela, mrućanki, mormoranda, parskanie itp. Były one wykonywane naprzemiennie z treningami głoskowymi, w formie przerwownika i rozluźniającej zabawy.

2. **Wywoływanie głosek** stanowiło proces uwzględniający przyjęte przez J.T. Kanię założenia (1975, s. 207–208; 1982, s. 249), które jednak skorygowano, dostosowując kolejność pracy nad głoskami do indywidualnych predyspozycji dziewczynki<sup>7</sup>. Według Kani w terapii mowy bezdźwięcznej należy wziąć pod uwagę dwa podstawowe kryteria decydujące o kolejności wprowadzania poszczególnych dźwięków:

---

<sup>7</sup> Jak pokazuje praktyka, założenia te można wdrażać z ewentualną korektą indywidualną wynikającą ze szczególnych predyspozycji pacjenta, np. poziomu rozwoju fonologicznego, poziomu rozwoju umiejętności słuchowych, wieku dziecka czy warunków anatomicznych i funkcjonalnych aparatu artykulacyjnego (Lorenc, Skrzek, 2021, s. 259–260). U Anastazji przyjęta kolejność wywoływania głosek wynikała z bieżącej obserwacji trudności i sukcesów, jakie pojawiały się na tym etapie pracy. Głoski zwarto-wybuchowe udało się dziewczynce udźwięcznić łatwiej i szybciej niż głoski zwarto-szczelinowe.

- stopień zbliżenia narządów mowy (im większy stopień otwarcia, tym łatwiej uzyskać dźwięczność głoski, zatem należy rozpocząć terapię od najbardziej otwartych – spółgłosek szczelinowych, a kończyć na najbardziej zamkniętych – spółgłoskach zwarto-wybuchowych);
- odległość miejsca artykulacji od fałdów głosowych (łatwiej udźwięcznić głoskę bardziej oddaloną od fałdów głosowych, a więc rozpocząć pracę od wargowo-zębowych, a kończyć na tylnojęzykowych).

Takie wytyczne sugerują następujący porządek wywoływania głosek: [v, v', z, ź, ż, ʒ, ʒ, ʒ, b, b', d, g, g']. Jednakże u Anastazji lepiej sprawdził się schemat zaproponowany przez A. Lorenc i J. Skrzeka polegający na korekcie kolejności wywoływania w zakresie głosek zwarto-szczelinowych i zwarto-wybuchowych. Tym sposobem po uzyskaniu dźwięczności najbardziej otwartych głosek szczelinowych [v, v', z, ź, ż] przystąpiono do próby wokalizacji głosek z przeciwnego bieguna – najbardziej zamkniętych, zwarto-wybuchowych [b, b', d, g, g'], a na końcu głosek „będących wielosegmentalną kombinacją artykulacji zwartych i szczelinowych” (Lorenc, Skrzek, 2012, s. 259), czyli zwarto-szczelinowych [ʒ, ʒ, ʒ]. Na tym etapie wykorzystywano rozmaite sposoby uzyskiwania określonych dźwięków, w tym te zalecane przez Kanię (1982, s. 255):

- metodę naśladowania dźwięków izolowanych (do uzyskania spółgłosek szczelinowych);
- metodę fonetycznej analogii (rozszerzania dźwięczności na podstawie analogii z głoską wcześniej uzyskaną);
- metodę fonetycznej asymilacji (poprzez bezpośrednie połączenie głoski wcześniej wywołanej z aktualnie wypracowywaną);
- metodę wykorzystania spółgłosek nosowych do wywołania zwartych, np. [nnda] lub [mmba] przy dodatkowym zaciśnięciu skrzydełek nosa dla uzyskania efektu przekształcenia [m] w [b];
- metodę Chwatcewa polegającą na wykorzystaniu zmiany napięcia głosu: od szeptu do głośnej wymowy na początku wyłącznie samogłosek, a potem naprzemiennie samogłosek ze spółgłoskami bezdźwięcznymi, które przy próbie głośnej realizacji dają efekt dźwięcznych odpowiedników (Sołtys-Chmielowicz, 2011, s. 94–95).

Największe trudności wystąpiły na początku prób uzyskiwania pożądaných głosek. Podobnie jak w poprzednim etapie Anastazja przejawiała obniżoną motywację i brak wiary we własne możliwości. Ćwiczenia angażujące tak intensywnie aparat mowy były dla niej wyczerpujące. Momentem przełomowym okazały się pierwsze sukcesy w realizacji brakujących fonemów. Wraz z pojawieniem się prawidłowej wymowy dźwięcznych spółgłosek szczelinowych dziewczynka zobaczyła sens własnej pracy i każda kolejna głoska uzyskiwana była ze znacznie większą łatwością niż poprzednie. Ostatnia grupa spółgłosek – zwarto-szczelinowych – nie wymagała szczególnej procedury wywoływania, ponieważ pojawiły się one w repertuarze dźwięków Anastazji automatycznie i samoistnie po opanowaniu sposobu realizacji fonemów z poprzednich grup.

3. **Utrwalanie** uzyskanych spółgłosek dźwięcznych przeprowadzone zostało według schematu automatyzacji zaproponowanego przez S. Sołtys-Chmielowicz w kontekście terapii różnych typów dyslalii (2008, s. 65), począwszy od powtarzania za terapeutą sylab/ wyrazów/ grup wyrazowych czy zdań, poprzez samodzielne nazywanie, aż do spontanicznego tworzenia dłuższych wypowiedzi i mowy swobodnej. Dużą rolę odegrała tu nauka czytania, która w fazie automatyzacji stanowiła dodatkową okazję do ćwiczeń artykulacji. W początkowym etapie tej fazy zauważalna była duża różnica pomiędzy wymową podczas czytania a mową spontaniczną. Czynność czytania uruchamiała w dziewczynce mechanizm dużej samokontroli, dzięki czemu realizowała dźwięczność głosek niemal bezbłędnie w każdym przypadku i wszystkich konfiguracjach wymawianiowych. W momencie mentalnego przestawiania się na mowę swobodną mechanizm autokontroli wyłączał się i powracał wcześniejszy schemat wymowy bez udziału fałdów głosowych. Uzyskanie jednolitej realizacji głosek dźwięcznych we wszystkich typach czynności gabinetowych związanych z mówieniem zajęło wiele tygodni. Ostatnią, największą trudnością był rozdźwięk pomiędzy sposobem mówienia w rzeczywistości gabinetowej (w której dziewczynka koncentrowała się na poprawnej realizacji w każdej sytuacji i dawało to zadowalające efekty) a sposobem, w jaki wypowiadała się w środowisku domowym (kiedy zarówno koncentracja na jakości mowy, jak i motywacja w tym aspekcie znacznie spadały). Aby ujednolicić sposób mówienia w obu środowiskach – gabinetowym i codziennym – zalecono nagrywanie wiadomości głosowych lub/i wideoprezentacji wysyłanych do logopedy w czasie pomiędzy spotkaniami bezpośrednimi. Takie zintensyfikowanie ćwiczeń, a zarazem wydłużenie czasu właściwej pracy aparatu mowy, pozwoliło na przejście fazy automatyzacji w fazę poprawnej wymowy bez udziału świadomej autokontroli.

## Wnioski końcowe

Zgodnie z założeniem tego artykułu w analizie opisywanego przypadku próbowałam się skoncentrować zarówno na sukcesach wynikających z obranej metodologii, jak i na trudnościach, które były największym wyzwaniem dla obu uczestników procesu terapeutycznego – pacjenta i logopedy. Dla praktyków studium przypadku powinno być nie tylko egzemplifikacją prawidłowo przeprowadzanych czynności terapeutycznych, ale również realnym obrazem mogących się pojawić trudności i sposobów ich rozwiązania. Wymaga to indywidualnego potraktowania pacjenta, elastyczności w stosowaniu rozmaitych metod i technik oraz umiejętności mądrego podążania za procedurami i wskazaniem metodycznymi, które lepiej dostosowywać do potrzeb pacjenta niż odwrotnie.

Dyslalia desonoracyjna czy też mowa bezdźwięczna to wyjątkowo trudny rodzaj zaburzenia, wymagający całościowego podejścia, uwzględnienia przyczyn oraz pracy wieloetapowej. Szczególnie należy podkreślić wagę wstępnego, przygotowawczego okresu terapii. Stanowi on bowiem swoisty klucz do sukcesu dalszej efektywnej i skutecznej pracy logopedycznej. Jak pokazuje doświadczenie oraz opisywany

tu przypadek dziecka, pierwsze postępy w uzyskaniu dźwięczności stanowią swoistą cezurę, moment przełomowy i katalizator do pojawienia się kolejnych realizacji nie tylko w zakresie głosek dźwięcznych, ale także pozostałych nieprawidłowości w mowie. Pozwala to sądzić, że oprócz oddziaływań stricte logopedycznych aspekt motywacji i wiary we własne możliwości odgrywa u pacjenta istotną rolę w osiągnięciu sukcesu w terapii.

## Bibliografia

- Cieszyńska J. (2012). *Metody wywoływania głosek*. Kraków: Centrum Metody Krakowskiej.
- Cieszyńska-Rożek J., Korendo M. (2022). *SWM Przesiewowy test do badania zagrożenia dysleksją dzieci od 3. do 7. roku życia*. Kraków: Centrum Metody Krakowskiej.
- Demel M. (1959). Kilka liczb i uwag dotyczących mowy i głosu u dzieci szkolnych. *Życie Szkoły*, 14/2, 9–19.
- Duda H. (2018). *Badanie kinestezji artykulacyjnej. Kwestionariusze i karty*. Gdańsk: Harmonia.
- Emiluta-Rożya D. (2013). *Całościowe badanie logopedyczne z materiałem obrazkowym*. Warszawa: Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej.
- Grabias S. (1994). Logopedyczna klasyfikacja zaburzeń mowy. *Audiofonologia*, 4, 7–22.
- Gruba J. (2016). *Karty oceny słuchu fonemowego – KOSF. Test do badania słuchu fonemowego u dzieci w wieku od trzech do siedmiu i pół lat*. Gliwice: Komlogo.
- Kania J.T. (1975a). Fonetyczna i logopedyczna charakterystyka mowy bezdźwięcznej. W: T. Gałkowski (red.), *Wybrane zagadnienia z defektologii III* (s. 289–313). Warszawa: Akademia Teologii Katolickiej.
- Kania J.T. (1975b). Wahania w zakresie głosek dźwięcznych i bezdźwięcznych w mowie dziecka. Przyczynek do zagadnienia. *Logopedia*, 12, 89–95.
- Kania J.T. (1982). *Szkice logopedyczne*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Kaczmarek L. (1982). *Nasze dziecko uczy się mowy*. Lublin: Wydawnictwo Lubelskie.
- Konopska L. (2015a). *Desonoryzacja w dyslalii. Analiza artykulacyjna, akustyczna i audytywna*. Szczecin: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego.
- Konopska L. (2015b). Parametr VOT i typy realizacji dźwięczności w nagłosowych realizacjach fonemów zwarto-wybuchowych. W: D. Pluta-Wojciechowska (red.), *Diagnoza i terapia zaburzeń realizacji fonemów* (s. 41–90). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Konopska L. (2017). Pre-, peri- i wczesne postnatalne uwarunkowania dobrostanu dzieci z desonoryzacją. *Logopedia*, 46, 17–36.
- Konopska L. (2018). Otologiczne i audiologiczne uwarunkowania dobrostanu dzieci z desonoryzacją. *Logopedia*, 47, 2, 171–186.
- Konopska L., Tarnowska C. (2005). Dyslalia desonoryzacyjno-fonacyjna, czyli o tzw. mowie bezdźwięcznej – inaczej. W: M. Młynarska, T. Smereka (red.), *Logopedia. Teoria i praktyka* (s. 307–315). Wrocław: A Linea.
- Konopska L., Teresińska E. (2020). Foniatryczne i fonacyjne uwarunkowania dobrostanu dzieci z desonoryzacją. *Logopedia*, 49, 1, 25–46.
- Lorenc A. (2012). Zaburzenia dźwięczności. Analiza akustyczna i audytywna. *Logopedia*, 41, 71–91.

- Lorenc A., Skrzek J. (2021). Diagnostyka i terapia w przypadku mowy bezdźwięcznej. W: A. Domagała, U. Mirecka (red.), *Logopedia przedszkolna i wczesnoszkolna*, 2 (s. 241–226). Gdańsk: Harmonia.
- Łobacz P. (1996). *Polska fonologia dziecięca. Studia fonetyczno-akustyczne*. Warszawa: Energeia.
- Ohala J., Riordan C. (1979). Passive Vocal Tract Enlargement during Voiced Stops. *Journal of the Acoustical Society of America*, 65.
- Ohala J., Solé M. (2010). Turbulence and Phonology. W: S. Fuchs, M. Toda, M. Zygis (red.), *Turbulent Sounds: An Interdisciplinary Guide* (s. 37–101). Berlin–New York: De Gruyter Mouton.
- Ostapiuk B. (2013). *Dyslalia. O badaniu jakości wymowy w logopedii*. Szczecin: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego.
- Pluta-Wojciechowska D. (2012). Opis zaburzeń mowy jako pierwszy etap postępowania logopedycznego. *Logopedia Silesiana*, 1, 31–46.
- Skrzek J. (2012). Narzędzia diagnostyczne wykorzystywane do wykrywania wad wymowy u dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym. *Studia Pragmalingwistyczne. Rocznik Instytutu Polonistyki Stosowanej Wydziału Polonistyki UW*, 4, 128–138.
- Skrzek J. (2017). Wpływ ingerencji dotykowej na automatyzację głosek u dzieci z dyslalią obwodową. *Conversatoria Linguistica*, 11, 171–192.
- Sołtys-Chmielowicz A. (1989). Jeszcze o wymowie bezdźwięcznej. *Biuletyn Audiofonologii*, 1, 49–54.
- Sołtys-Chmielowicz A. (1998). *Wymowa dzieci przedszkolnych*. Lublin: UMCS.
- Sołtys-Chmielowicz A. (2011). *Zaburzenia artykulacji. Teoria i praktyka*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Trochymiuk A. (2007). Wykorzystanie akustycznego parametru VOT w analizie mowy bezdźwięcznej. W: S. Grabias (red.), *Język. Interakcja. Zaburzenia mowy. Metodologia badań* (s. 212–240). Lublin: UMCS.
- Trochymiuk A. (2008). *Wymowa dzieci niesłyszących. Analiza audytywna i akustyczna*. Lublin: UMCS.

