



Problematyka miofunkcji w diagnozie logopedycznej

Ewa Kaptur

Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

ORCID: 0000-0001-8094-9889

The role of myofunction in speech-language pathology diagnosis

ABSTRACT: Speech therapy diagnosis aims to assess the level of speech development and communication skills of the patient/client/ward, the efficiency and structure of the articulatory apparatus, as well as other functions that are necessary for proper speech development, and to identify abnormalities in the communication process. In recent years, there has been an increase in the importance of myofunctional diagnosis, in which the therapist identifies myofunctional disorders, i.e., a number of abnormalities in the functioning of the orofacial muscles that may contribute to the development of defects in pronunciation, bite, and posture.

The article highlights the importance of the role of the speech therapist as a diagnostician, examining patients of all ages: from newborns to seniors. It points out the main techniques used in speech therapy diagnosis and looks at its individual stages.

The validity of including techniques and tools typical for myofunction in diagnostic tests is also considered. In order to illustrate the individual elements of myofunctional diagnosis, the cases of three patients of different ages, referred to the clinic by their parents or specialists, are presented.

Given the results of the above analyses, it can be assumed that an accurate diagnosis—including an assessment of the patient's posture, muscle tone, breathing pattern, the structure and function of the articulators, articulation, and swallowing pattern—and voice production, supported by therapy that takes myofunction into account, will lead to improved functioning in individuals with abnormal biological processes, anatomical defects in the structure of speech organs, or abnormal habits involving the orofacial muscles in both primary and secondary functions.

KEYWORDS: speech therapy diagnosis, myofunction, myofunctional therapist, primary and secondary disorders.

CONFLICT OF INTERESTS STATEMENT: The author declares that there were no conflicts of interest in this study.

AUTHOR'S CONTRIBUTION: The author assumes sole responsibility for: preparing the research concept of the article, the way it is presented, developing the method, collecting and analyzing data, formulating conclusions, and editing the final version of the manuscript.



1. Wprowadzenie

Diagnoza logopedyczna rozumiana jako zbiór określonych zasad oraz metod postępowania badawczego ma na celu ocenę poziomu rozwoju mowy i umiejętności komunikacyjnych pacjenta/klienta/podopiecznego, sprawności i budowy jego aparatu artykulacyjnego, a także innych funkcji, które są niezbędne dla prawidłowego rozwoju mowy oraz określenie nieprawidłowości występujących w procesie komunikowania się.

Logopedzi, w zależności od swego stanu wiedzy, wykształcenia i umiejętności, wykorzystują różne narzędzia i metody diagnostyczne. W ostatnich latach można zaobserwować wzrost znaczenia diagnozy miofunkcjonalnej, w której terapeuta wskazuje na zaburzenia miofunkcji, czyli szereg nieprawidłowości w funkcjonowaniu mięśni układu orofacialnego, które mogą przyczynić się do powstawania wad: wymowy, zgryzu, postawy. Zaburzenia te występują także pod postacią trudności w przyjmowaniu pokarmów, asymetrii mięśni twarzy, problemów w pracy stawów skroniowo-żuchwowych, chrapania, nadmiernego ślinienia się, nieprawidłowego toru oddechowego itp.

2. Zakres działań logopedy

Logopeda pracujący zarówno w placówkach oświatowych (przedszkolach, szkołach, poradniach psychologiczno-pedagogicznych), w ośrodkach związanych ze służbą zdrowia (przychodniach, szpitalach), jak i w innych miejscach, w tym w żłobkach, domach kultury i domach seniora, wykonuje szereg zadań, które są regulowane zapisami w dokumentach rządowych¹.

1 Zarządzenie Nr 79/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 grudnia 2014 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna; Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2014 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej; Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2002 r. w sprawie uzyskiwania tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia; Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 listopada 2008 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie uzyskiwania tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia; Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 27 kwietnia 2010 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania; Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz.U. 2017 poz. 1591 ze zm.); Rozporządzenie Ministra Edukacji i Nauki z dnia 22 lipca 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych szkołach i placówkach; Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 24 sierpnia 2017 r. w sprawie organizowania wczesnego wspomagania rozwoju dzieci (Dz.U.

Obecnie zwiększa się świadomość społeczna w zakresie świadczonych przez tę grupę zawodową usług. Logopeda więc samodzielnie diagnozuje pacjenta/klienta/podopiecznego w zakresie zaburzeń i zakłóceń mowy i języka, w tym wynikających z uszkodzeń lub dysfunkcji układu nerwowego. Przeprowadza diagnozę logopedyczną w obrębie aspektów komunikacji werbalnej, wspomagającej i alternatywnej oraz wszystkich funkcji biologicznych związanych z mową. Ponadto kwalifikuje do terapii logopedycznej, którą wcześniej planuje, a potem monitoruje i ocenia jej skuteczność. Jest zobligowany do prowadzenia dokumentacji logopedycznego postępowania diagnostycznego i terapeutycznego. Ma uprawnienia do oceny stanu rozwoju mowy i języka w tzw. bilansach zdrowia dziecka, a także opracowuje i prowadzi programy profilaktyki logopedycznej i promocji zdrowia w zakresie prawidłowej i skutecznej komunikacji werbalnej oraz w posługiwaniu się językiem w mowie oraz w piśmie.

Logopeda diagnozuje i prowadzi terapię w interdyscyplinarnych zespołach specjalistów w placówkach opieki zdrowotnej, placówkach oświatowych i innych. Jest też terapeutą zalecającym konsultacje i diagnozy niezbędne w terapii logopedycznej u innych specjalistów. Wydaje opinie dotyczące stanu pacjenta/klienta/podopiecznego poddawanego terapii logopedycznej oraz przebiegu tej terapii. Wchodzi także w skład zespołów orzekających, działających w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych, zespołach ds. orzekania o niepełnosprawności oraz innych instytucjach publicznych przy opracowywaniu opinii i orzeczeń [Czaplewska 2012; Bogdanowicz 2012].

3. Logopeda jako diagnosta

Jednym z kluczowych zadań w pracy zawodowej logopedy jest diagnozowanie pacjentów/klientów/podopiecznych od wieku noworodkowego do senioralnego. Praktyka logopedyczna, zwłaszcza w przypadku dzieci, pokazuje jednak, że logopeda częściej postrzegany jest jako osoba prowadząca terapię, a rzadziej stawiająca diagnozę. Zbigniew Tarkowski [2016: 5] podkreśla, że przyczyn tego stanu rzeczy należy upatrywać m.in. w tym, iż logopedzi nie zawsze wchodzi w skład zespołów orzekających w poradniach psychologiczno-pedagogicznych, a w wydawanych przez poradnie opiniach raczej nie ma wyników badań logopedycznych. Diagnostami są więc psychologowie, pedagodzy i lekarze, którzy nie są zainteresowani dzieleniem się z logopedami uprawnieniami diagnostycznymi. Ponadto w ofercie studiów logopedycznych na części uczelni nie ma osobnego

2017, poz. 1635); Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 25 lipca 2019 r. w sprawie standardu kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu nauczyciela (DZ.U. 2019, poz.1450).

przedmiotu diagnoza logopedyczna, w trakcie którego studenci mieliby możliwość zapoznania się z metodologiami i metodami pracy logopedy w tym zakresie – zagadnienia związane z diagnozą poruszane są na różnych zajęciach [Tarkowski 2016: 5; Czaplewska, Milewski 2012: 9].

Na przeszkodzie w diagnozowaniu, zwłaszcza dzieci, może stać też niedostatek standaryzowanych narzędzi diagnostycznych, które są potrzebne do przeprowadzenia diagnozy unormowanej [Niemierko 2009: 30]. Do wystandaryzowanych i znormalizowanych w polskich warunkach testów, dzięki którym można ocenić artykulację dziecka w wieku przedszkolnym i szkolnym należą m.in.: Logopedyczny test przesiewowy dla dzieci w wieku szkolnym [Grabias, Kurkowski, Woźniak 2002], Przesiewowy Test Logopedyczny [Tarkowski 2002], 100-wyrazowy test artykulacyjny [Krajna 2008], KOLD – Karty Oceny Logopedycznej Dziecka [Gruba 2015], Logopedyczny przesiew – LP [Gruba 2023; Zygorowicz, Bernhardt, Kaptur 2025]. Logopedzi często diagnozują więc pacjenta narzędziami, które nie przeszły procesu standaryzacji (są to ogólnodostępne testy i kwestionariusze lub narzędzia stworzone do własnego użytku przez samego logopedę) [Czaplewska 2012: 105].

4. Diagnoza logopedyczna

W literaturze przedmiotu – jak zaznaczają Ewa Czaplewska i Stanisław Milewski, redaktorzy pierwszego kompleksowego podręcznika akademickiego w całości poświęconego diagnozie logopedycznej – nie zawsze można znaleźć definicję diagnozy logopedycznej [Czaplewska, Milewski 2012: 7]. Termin ten został wcześniej odnotowany w wielu opracowaniach [m.in. Parol 1989; Jastrzębowska 1998; Panasiuk 1998; 2005; Bogdanowicz 2003; Kaja 2003; Bogdanowicz, Krasowicz-Kupis 2005; Iskra, Szuchnik 2005; Porayski-Pomsta 2008; Grabias 2008; Krasowicz-Kupis 2009].

Diagnozę logopedyczną definiuje się jako „zbiór określonych zasad oraz metod postępowania badawczego mających na celu ocenę rozwoju mowy osoby badanej oraz określenie nieprawidłowości występujących w procesie komunikowania się” [Iskra, Szuchnik 2005: 271]. Objawy najczęściej są ustalane na podstawie obserwacji, wywiadu, prób i testów językowych. Uwzględniając dodatkowo wyniki badań uzupełniających (m.in. audiologicznych, foniatrycznych, neurologicznych, psychologicznych, pedagogicznych), dokonuje się wstępnej diagnozy, oceniając zachowania językowe osoby badanej. Podstawowym celem diagnozy logopedycznej jest potwierdzenie (oraz późniejsze uszczegółowienie) lub wykluczenie zaburzenia mowy czy komunikacji na podstawie określonych objawów, patogenezy oraz patomechanizmu. Jak zaznacza Katarzyna Kaczorowska-Bray: „Diagnoza logopedyczna stanowi integralną część całościowej diagnozy dziecka

zagrożonego nieprawidłowościami rozwojowymi, gdyż mowa nie powinna być rozpatrywana jako funkcja rozwijająca się niezależnie, lecz na tle rozwoju psychoruchowego dziecka” [2012: 258].

Diagnoza logopedyczna wraz z programowaniem terapii oraz postępowaniem terapeutycznym tworzy standard postępowania logopedycznego, rozumianego jako „wzorcowy układ czynności stosowanych w terapii określonego zaburzenia mowy, konstruowanych tak, by to postępowanie było skuteczne” [Grabias 2017: 13].

5. Standard postępowania w diagnozie logopedycznej

Stanisław Grabias [2017: 44] zwraca uwagę na dwa komplementarne wobec siebie zagadnienia: deskrypcję oraz interpretację. Pierwsze obejmuje badanie sprawności interakcyjnych: motorykę, słuch fonematyczny, realizację fonemów i grup spółgłoskowych, język, strukturę pojęciową, realizację dialogu, realizację w wypowiedzi narracyjnych, zaś drugie dotyczy analizy wyników badań specjalistycznych, wywiadu rodzinnego, diagnozy różnicowej, rozpoznania przypadku (orzeczenie o rodzaju zaburzenia, możliwościach diagnozowanej osoby, jej niedostatkach językowych i komunikacyjnych).

6. Etapy diagnozy logopedycznej

W ujęciu Tarkowskiego na kompleksową diagnozę logopedyczną składają się następujące elementy: a) symptomatyka – definiowanie objawów lingwistycznych, biologicznych, psychologicznych i społecznych, które towarzyszą zaburzeniom mowy; b) etiologia – szukanie przyczyn zaburzeń; c) patomechanizm – szukanie zależności między czynnikami lingwistycznymi, biologicznymi, psychologicznymi i społecznymi; d) diagnoza różnicowa – różnicowanie zaburzeń mowy podobnych do siebie; e) nozologia – przypisywanie rozpoznaniu określoną nazwę zaburzenia mowy uwzględnioną w klasyfikacji; f) opiniowanie – sporządzenie opinii stanowiącej podstawę dalszych działań [2016: 6–7].

Czaplewska, opracowując schemat diagnozy zaburzeń fonologicznych i artykulacyjnych, zwraca uwagę na następujące jej składniki: a) określenie problemu, b) wybór odpowiednich metod i narzędzi diagnozy, c) efektywne zastosowanie procedur diagnostycznych, d) systematyczne zbieranie danych, e) integrację informacji, wnioskowanie i analizę, f) opracowanie wyników diagnozy i postawienie rozpoznania, g) sformułowanie zaleceń naprawczych, h) dostarczenie pacjentowi/klientowi/podopiecznemu zrozumiałych i użytecznych informacji zwrotnych [2012: 102].

Laura Iskra i Joanna Szuchnik zaznaczają, iż oprócz określania problemu pacjenta na podstawie wywiadu, obserwacji, orientacyjnego badania mowy czy

badan uzupełniających, sformułowania diagnozy logopedycznej (uwzględniającej nie tylko poziom rozumienia i nadawania mowy, ale także umiejętności w zakresie czytania i pisania), istotne jest weryfikowanie diagnozy logopedycznej na podstawie dodatkowych badań specjalistycznych oraz zastosowanych działań terapeutycznych [2005: 272].

7. Metody i narzędzia diagnozy logopedycznej

Logopeda podczas przeprowadzenia diagnozy zazwyczaj korzysta z kilku wybranych metod i narzędzi. Należą do nich m.in.: a) wywiad logopedyczny, b) obserwacja logopedyczna, c) eksperyment logopedyczny, d) testy logopedyczne, e) skale, kwestionariusze, ankiety, karty logopedyczne, f) badanie czynności mowy, g) badanie uzupełniające (badanie słuchu fonematycznego, analizy i syntezy słuchu, pamięci słuchowej, sprawności artykulacyjnej, funkcji żucia i połykania, koordynacji oddechowo-fonacyjno-artykulacyjnej, kinestezji artykulacyjnej, emisji głosu, lateralizacji), h) analiza próbek mowy [Czaplewska 2012: 103–109].

8. Miofunkcja w diagnozie i terapii logopedycznej²

Logopedzi w trakcie diagnozy logopedycznej zwyczajowo badają: rozumienie mowy pojedynczych wyrazów, zdań, czynności nadawania mowy, artykulacji, budowy i sprawności narządów mowy, ale także słuch fonematyczny, analizę i syntezę słuchową, pamięć słuchową, umiejętność pisania i czytania, lateralizację czy emisję głosu [Iskra, Szuchnik 2005: 278–296]. Do gabinetów trafia obecnie coraz więcej dzieci i dorosłych z zaburzeniami miofunkcjonalnymi, pod postacią na przykład нефизјологичного wzorca oddechowego, uchylonej lub otwartej jamy ustnej, licznych parafunkcji czy nieprawidłowego napięcia mięśniowego. Dla tych pacjentów/klientów/podopiecznych diagnoza logopedyczna wydaje się niewystarczająca. W tym przypadku główna praca terapeuty skupia się na stymulacji napięcia mięśniowego i funkcji całego obszaru orofacialnego. Jak zauważa Magdalena Czajkowska, „niezależnie, czy jest to koncepcja Castillo Moralesa, NFR Padovan, terapia miofunkcjonalna, terapia neuroaktywna, masaże – zewnętrzne i wewnętrzne, autorskie programy terapeutyczne, czy zabiegi z zakresu fizjoterapii, jak elektrostymulacja – każda taka interwencja opiera się na kontakcie z najbardziej znaną w terapii logopedycznej

2 „Na początku zaburzenia miofunkcjonalne stanowiły obszar zainteresowania ortodontów, a ich terapia miała wspierać leczenie wad zgryzu z wykorzystaniem ćwiczeń narządów artykulacyjnych. Ćwiczenia miofunkcjonalne języka wprowadzone zostały w latach 60. XX wieku przez amerykańskich i angielskich logopedów jako sposób usuwania nieprawidłowego, tłoczącego ruchu języka podczas połykania” [Rosińska 2021].

strukturą – mięśniem i jego funkcją (czyli zachowaniem) – napięciem mięśniowym” [2023: 6].

Diagnoza miofunkcjonalna (z gr. *myo* – mięsień, z łac. *functio* – czynność) zmierza zatem do wskazania zależności między mięśniami w obszarze ustno-twarzowym a funkcjonowaniem logopedycznym pacjenta/klienta/ podopiecznego. Głównym celem jest więc poprawa dystrybucji napięcia mięśniowego w obrębie ustno-twarzowym i skuteczna współpraca m.in. z fizjoterapeutą/osteopatą, aby usprawnić napięcie mięśniowe w całym ciele.

Do zadań logopedy, terapeutę miofunkcjonalnego, będzie więc należała ocena funkcji podniebienia miękkiego, warg, żuchwy i języka, sprawdzenie artykulatorów pod kątem asymetrii oraz problemów w postaci nieprawidłowego napięcia mięśniowego. Istotne jest także zbadanie funkcji artykulatorów w trakcie przełykania, gryzienia, żucia czy oddychania oraz podczas artykulacji głosek. Na wizycie diagnostycznej pacjent może również spożywać jedzenie i picie o różnych konsystencjach tak, aby terapeuta mógł zaobserwować czynności połykania i żucia w jak najbardziej naturalnych sytuacjach.

Terapia miofunkcjonalna zaś to prowadzenie takich oddziaływań terapeutycznych, które skupiają się na modyfikowaniu zaburzeń w funkcjonowaniu mięśni twarzy, jamy ustnej i gardła i zmierzają do normalizacji realizacji funkcji biologicznych w obszarze ustno-twarzowym. Polega ona na „prawidłowym pozycjonowaniu języka w celu poprawy funkcjonowania i napięcia mięśni jamy ustnej i twarzy, wspierania oddychania przez nos, a także poprawienia postury spoczynkowej jamy ustnej oraz części czaszkowo-twarzowej” [Baxter 2023: 242]³. Jej specyficznym celem jest poprawa jakości życia pacjenta poprzez wyeliminowanie bądź zmniejszenie zaburzeń mowy, oddechu, żucia i połykania, a także poprawę wyglądu twarzy.

Mira Rządźka zaznacza, że mioterapia jest „jedną z form oddziaływania terapeutycznego, gdzie podstawowym narzędziem są dłonie terapeuty, i opiera się na szerokim rozumieniu anatomii i fizjologii. Traktowana jest jako usprawnianie mięśni mimicznych, mające na celu przeciwdziałanie zaburzeniom układu oralnego (działania profilaktyczne) lub usuwanie tych zaburzeń” [2019: 40]. W Polsce zagadnieniami zaburzeń miofunkcjonalnych zajmują się m.in. Krystyna Grzesiewska [1998], Danuta Pluta-Wojciechowska [2015, 2017, 2018], Mira Rządźka [2019, 2025] oraz Aleksandra Rosińska [2020–2025].

3 W polskiej literaturze przedmiotu powstają pierwsze opracowania opisujące terapię prowadzoną według miofunkcji, zob. np. Siudak, Prażak [2023].

9. Diagnosta/terapeuta miofunkcjonalny

Diagnozę stawia specjalista z zakresu miofunkcji. Może nim zostać logopeda/neurologopeda, doradca laktacyjny, położna, ortodonta, fizjoterapeuta po ukończeniu kursu z terapii miofunkcjonalnej potwierdzonego stosownym certyfikatem⁴. Warto podkreślić, iż w Polsce terapeuta miofunkcjonalny nie jest tytułem zawodowym, a użyty w nazwie przymiotnik wskazuje na obszar zainteresowań diagnostycznych i terapeutycznych. Terapeuta miofunkcjonalny pracuje też według określonej metody, np. Anity Kittel [2014] czy MFS.

Diagnoza miofunkcjonalna stanowi element większej całości i wchodzi w skład diagnozy wielospecjalistycznej (fizjoterapeutycznej, osteopatycznej, ortodontycznej, stomatologicznej, protetycznej, laryngologicznej, foniatrycznej).

10. Przedmiot zainteresowania terapeutów miofunkcjonalnych

W obszarze zainteresowań logopedy pracującego miofunkcjonalnie znajdować się będą czynności prymarne, do których należą „w szczególności oddychanie oraz przyjmowanie pokarmów i picie kształtujące się na bazie motoryki pierwotnej, ale także w różnym zakresie związane z nimi niewerbalne czynności kompleksu ustno-twarzowego, jak na przykład sensoryka orofacjalna, sposób układania głowy podczas leżenia, czynności fizjologiczne typu ziewanie, kasłanie itd., mimika twarzy, autobadanie, autoeksperymentowanie i autozabawy orofacjalne, które konstytuują wraz z układem nerwowym ruchową bazę mowy w okresie prenatalnym i postnatalnym” [Pluta-Wojciechowska 2015: 19].

W terapii miofunkcjonalnej, w której mięśnie stanowią centrum oddziaływań terapeutycznych, logopeda skupia się na ich głównej funkcji, czyli nieprawidłowym napięciu mięśniowym ze względu na obniżony lub wzmożony tonus włókien mięśniowych lub brak siły mięśniowej [Czajkowska 2023: 32]. Efektem takiego stanu rzeczy może być przykładowo niewłaściwa praca mięśnia okrężnego warg, który wskutek obniżonego napięcia utrudnia, a czasami uniemożliwia domknięcie jamy ustnej pacjentowi w trakcie spoczynku, a w czasie fonacji powoduje niewłaściwą pozycję języka, czego następstwem będzie problem w czynnościach prymarnych (oddychanie, połykanie, pobór płynów i pokarmów) oraz sekundarnych (nieprawidłowa artykulacja głosek, szczególnie przedniojęzykowych).

Oprócz poddawania ocenie dystrybucji napięcia mięśniowego u pacjenta/klienta/podopiecznego logopeda miofunkcjonalny zajmuje się także powięzią.

4 W Polsce uznawany jest np. certyfikat miofunkcji wg MFS wydawany przez Ortodontic World Institute Barcelona po przeprowadzonym trójmodułowym szkoleniu zakończonym egzaminem.

Terapeuta, „Poprzez przyłożone dłonie na czoło, policzkach czy ustach dziecka ma wpływ na to, co odbiera sensorycznie powieź i jaki komunikat niesie do ośrodkowego układu nerwowego. A pracując wewnątrz jamy ustnej, logopeda może mieć bezpośredni wpływ na odkształcanie się powieży, na stan jego napięcia oraz, co chyba najistotniejsze, na funkcję języka oraz żuchwy” [Czajkowska 2023: 33].

Logopeda miofunkcjonalny zajmuje się tkanką mięśniową, pośrednio powiezią, ale także nerwami czaszkowymi. Dzięki działaniom manualnym oraz ćwiczeniom miofunkcjonalnym jest w stanie wpłynąć na zmianę napięcia mięśniowego całego systemu orofacialnego.

Aleksandra Rosińska, logopeda i szkoleniowiec w zakresie miofunkcji, zaznacza, że obszar zainteresowań terapeuty miofunkcjonalnego jest bardzo szeroki i obejmuje: 1) prawidłową realizację funkcji biologicznych w obrębie narządu żucia, 2) równowagę mięśniową kompleksu ustno-twarzowego, 3) prawidłową postawę ciała, 4) prawidłowy rozwój struktur twarzoczaszki oraz 5) przygotowanie i wsparcie leczenia ortodontycznego [Rosińska 2025].

11. Adresaci/odbiorcy diagnozy miofunkcjonalnej

Diagnozę miofunkcjonalną można przeprowadzić u dzieci, młodzieży i dorosłych z zaburzeniami artykulacji w połączeniu z nieprawidłowym wzorcem połykania, z dolegliwościami stawu skroniowo-żuchwowego, z bólami głowy i twarzy, z problemami z połykaniem z powodu chorób neurologicznych, po udarze lub nowotworze, operacji krtani, z problemami z aparatem mowy po wylewie mózgu lub w wyniku chorób neurologicznych, z problemami z postawą czy zauważalnymi nieprawidłowościami układu stomatognatycznego.

W sposób miofunkcjonalny bada się także noworodki i niemowlęta z zaburzeniami odruchów ssania, żucia i połykania, z nieprawidłową pozycją języka lub jego zmniejszoną ruchliwością, z nieprawidłową pozycją warg, z kręczem szyi, refluksiem, nadmiernym ulewaniem, wybiórczością pokarmową, z problemami z rozszerzaniem diety czy słabo przybierające na wadze.

Diagnoza miofunkcjonalna obejmuje też wszystkie osoby (w każdym wieku) oddychające nieprawidłowo torem ustnym (również w czasie snu), nadmier nie śliniace się, mające parafunkcje, czyli nieświadome, niecelowe, utrwalone i często szkodliwe nawyki ruchowe w obrębie jamy ustnej oraz narządu żucia, uskarżające się na chrapanie czy bezdech senny, mające bruksizm czy trudności w skupieniu uwagi i zaburzoną koncentrację.

12. Objawy miofunkcjonalnych zaburzeń ustno-twarzowych⁵

Objawy miofunkcjonalnych zaburzeń ustno-twarzowych dotyczyć będą nieprawidłowości związanych z niedrożnością nosa, hiperwentylacją, pociąganiem nosem, częstym wzdychaniem, nadmiernym ziewaniem, a także głośnym, łatwo słyszalnym oddychaniem, któremu towarzyszą widoczne ruchy górnej części klatki piersiowej i/lub ramion.

Wśród omawianych objawów zauważa się również w pozycji spoczynkowej otwarte usta, często wysuszone, spierzchnięte lub popękane, z powiększoną, zwiniętą dolną wargą. Pacjent logopedyczny, u którego zauważano nieprawidłowości w układzie ustno-twarzowym, będzie nadmiernie się ślinił (ślina może się zbierać w kącikach ust) i nie będzie miał kontroli nad śliną. Może także nadmiernie oblizywać lub ssąć wargi.

Język u osób prezentujących zaburzenia miofunkcjonalne może leżeć płasko na dnie jamy ustnej, być widoczny zarówno w pozycji spoczynkowej, jak i podczas mówienia, mieć pomarszczone krawędzie, a także wydawać się powiększony i przeszkadzający. U pacjentów/klientów/podopiecznych logopeda będzie także diagnozował krótkie wędzidełko języka czy wargi górnej.

Częścią twarzy wnikliwie badaną podczas diagnozy miofunkcjonalnej jest zuchwa. W czasie badania można zaobserwować niedopasowanie szczęk, brak ich styku, brak możliwości szerokiego otwarcia jamy ustnej, czy silną potrzebę żucia i gryzienia. Pacjent może zgłaszać ból głowy/ból twarzy, dzwonienie w uszach, klikanie, strzelanie lub inne dźwięki, które towarzyszą otwieraniu ust.

Niezwykle istotne w ocenie miofunkcjonalnej jest oddychanie. Jeżeli podczas mówienia, jedzenia i innych codziennych aktywności, w tym próbach koncentracji, dominuje oddychanie przez usta, które jest głośne, słyszalne bądź któremu towarzyszą powiększone migdałki podniebienne i gardłowy, blokujące drogi oddechowe, należy zgłosić się do logopedy w celu ustalenia planu terapii.

W obszarze zainteresowania terapeuty miofunkcjonalnego znajduje się także sen. Do niepokojących objawów zalicza się: chrapanie, głośne oddychanie, zgrzytanie i zaciskanie zębów, zaobserwowany bezdech senny, pocenie się, powracając koszmary senne, moczenie łóżka, uczucie zmęczenia po przebudzeniu lub nadmierne poruszanie się w trakcie snu, spanie z otwartymi ustami, nadmiernie wyciągniętą szyję, trudności z porannym wstawaniem, senność lub

5 Ta część została opracowana na podstawie publikacji Richarda Baxtera [2023: 240–242], Magdaleny Czajkowskiej [2023: 31–46], informacji uzyskanych w czasie szkolenia z zakresu ortodoncji funkcjonalnej MFS prowadzonych przez Monikę Ośko, Martę Warzywnów oraz Jose Durana von Arxa i M. Meriny Arends [2020], webinarów Rosińskiej [2021] oraz własnych doświadczeń gabinetowych.

poirytowanie w ciągu dnia, zmienność nastroju i problemy z zachowaniem, nadaktywność i trudności poznawcze.

Logopeda będzie obserwował także u pacjenta/klienta/podopiecznego kompensacje w obszarze ustno-twarzowym, takie jak: ssanie kciuka/palca/innych przedmiotów (pieluszki, kocyka, ubrań, włosów), gryzienie paznokci/skórek/włosów, wkładanie rąk lub przedmiotów do jamy ustnej, oblizywanie, ssanie, zasysanie, gryzienie wargi górnej/dolnej lub policzków, clenching/bruksizm, zaciskanie stawu skroniowo-żuchwowego, dłubanie w nosie, skubanie skóry i pociąganie za włosy, skubanie brwi i rzęs, częste chrząkanie, kasłanie mimo braku choroby, gnieciecie knykci, nadmierne żucie gumy, mechaniczne mruganie oczami, obgryzanie paznokci/gryzienie ołówków, dociskanie się proprioceptywne/wchodzenie w wąskie zakamarki.

13. Elementy diagnozy miofunkcjonalnej

Proces stawiania rozpoznania logopedycznego w ujęciu miofunkcjonalnym obejmuje szereg czynności. Poniżej przedstawiono diagnozę funkcyjną MFS, uwzględniającą:

- a) opis pacjenta (jego funkcji, dysfunkcji i parafunkcji),
- b) wykorzystane narzędzie diagnostyczne,
- c) dane z wywiadu, wnioski kliniczne,
- d) opis z obserwacji swobodnej pacjenta,
- e) ocenę rozwoju mowy i komunikacji,
- f) opis funkcji wegetatywnych i refleksologicznych,
- g) badanie nerwów czaszkowych,
- h) badanie jamy ustnej i sprawności aparatu artykulacyjnego,
- i) badanie postawy ciała,
- j) badanie napięcia mięśniowego,
- k) kompensacje ciała,
- l) kompensacje z obszaru ustno-twarzowego,
- m) ocenę morfologiczno-funkcyjną obejmującą oddychanie, połykanie, funkcje i typ nozdrzy, ocenę funkcyjną migdałków podniebiennych, ocenę typu i ruchomości języka, typu pionizacji języka.

W celu zobrazowania poszczególnych elementów diagnozy miofunkcjonalnej poniżej przedstawiono przypadki trzech pacjentów w różnym wieku, zgłoszonych do gabinetu przez ich rodziców lub specjalistów. Pacjenci byli badani według standardów zgodnych z założeniami ortodoncji funkcyjnej MFS [Duran von Arx, Merino Arends 2024: 173–185; <http://www.mfs-poland.com>].

14. Studia przypadków

PRZYPADEK NR 1

Diagnoza dotyczyła pacjenta trzyletniego, u którego zaobserwowano zaburzoną postawę ciała, przejawiającą się w: nieprawidłowo obciążonych krawędziach stóp, nieprawidłowo obciążonych nogach, przeprostach w kolanach, zmianie w napięciu mięśni ud, nieprawidłowym napięciu brzucha, zgarbionych plecach (lordoza ze zwiększonym wcięciem w okolicy lędźwi), wysoko uniesionych barkach zrotowanych do tyłu, kompensacyjnym uniesieniu głowy i nadmiernym napięciu mięśniowym potylicy oraz szyi.

W budowie artykulatorów zauważono szparowatość zębów w szczęce górnej i dolnej, w klasyfikacji zwarcia zębowego wg Angle'a – klasa I, tyłożuchwie, wąską zuchwę, a w badaniu języka przy maksymalnie rozwartych ustach czubek języka nie dotykał podniebienia.

Przy ocenie artykulatorów widoczna była płaska spoczynkowa pozycja języka – w mowie spontanicznej język przesunął się do dolnych zębów, w wyniku czego część głosek szeregu przedniego była artykułowana niewłaściwie (dozębowa i międzyzębowa realizacja głosek przedniojęzykowo-zębowych i przedniojęzykowo-dziąsłowych, głoska [r] w zależności od kontekstu substytuowana przez [l] lub [j], głoski [s], [z], [c] i [ʒ] wymawiane były miękko).

W trakcie diagnozy zauważono także słabe napięcie wewnątrz jamy ustnej, bardzo słabą pracę mięśnia okrężnego warg (prawie nieruchomą górną wargę), bardzo słabą pracę mięśni policzkowych, mocno napięty mięsień bródkowy, mocne napięcia w stawach skroniowo-zuchwowych oraz nieprawidłową pracę mięśni żwaczy.

Ponadto u chłopca w oddychaniu dynamicznym przeważał tor obojczykowo-żebrowy, bardzo słabo pracowały mu mięśnie międzyżebrowe i przepona, a czas fonacji był mocno skrócony. Rodzice chłopca zgłosili się na diagnozę z powodu niewyraźnej mowy syna.

PRZYPADEK NR 2

Ocena logopedyczna ośmioletniego chłopca została przeprowadzona na prośbę rodziców, których zaniepokoiła niewłaściwa artykulacja syna. U pacjenta można było zaobserwować wadliwą postawę ciała, przejawiającą się w: nieprawidłowo obciążonych krawędziach stóp, stopach zrotowanych do środka, przeprostach w kolanach, zmianie w napięciu mięśni ud, nieprawidłowym napięciu brzucha, zgarbionych plecach (lordoza ze zwiększonym wcięciem w okolicy lędźwi), wysoko uniesionych barkach zrotowanych do tyłu, kompensacyjnym uniesieniu głowy, w nadmiernym napięciu mięśniowym potylicy oraz szyi.

W budowie artykulatorów widoczne było skrócone wędzidełko języka w części przedniej – ankyloglosja II typu, wędzidło języka było dość grube i mało elastyczne. W badaniu języka przy maksymalnie rozwartych ustach czubek języka nie dotykał podniebienia. Zaobserwowano także: szparowatość zębów w szczęcie górnej i dolnej, w klasyfikacji zwarcia zębowego wg Angle’a – klasę II, tyłożuchwie, wąską żuchwę, podniebienie gotyckie, suche, popękane usta oraz bardzo silny bruksizm – starte zęby od kłów.

Chłopiec prezentował płaską spoczynkową pozycję języka – w mowie spontanicznej język przesunął się do dolnych zębów, w wyniku czego część głosek szeregu przedniego była artykułowana niewłaściwie (dozębowa realizacja głosek przedniojęzykowo-zębowych i przedniojęzykowo-dziąsłowych oraz brak głoski [r]).

W pracy mięśni twarzy widoczne było słabe napięcie wewnątrz jamy ustnej, bardzo słaba praca mięśnia okrężnego warg (prawie nieruchoma górna warga), bardzo słaba praca mięśni policzkowych, mocno napięty mięsień bródkowy, mocne napięcia w stawach skroniowo-żuchwowych, nieprawidłowa praca mięśni żwaczy.

U chłopca bardzo słabo pracowały mięśnie międzyżebrowe i przepona, w oddychaniu dynamicznym przeważał tor obojczykowo-żebrowy, a czas fonacji był mocno skrócony.

PRZYPADEK NR 3

Diagnoza dotyczyła osiemnastolatka skierowanego do gabinetu logopedycznego przez ortodontę w celu oceny wędzidełka języka.

U nastolatka widoczne były nieprawidłowości w postawie ciała, przejawiające się m.in. nadmiernie obciążonymi krawędziami stóp, zmianą w napięciu mięśni ud, nieprawidłowym napięciem brzucha, zgarbionymi, płaskimi plecami (kifoza), wysoko uniesionymi barkami zrotowanymi do przodu, asymetrycznym ustawieniem łopatek, przykurczem mięśnia mostkowo-obojczykowo-sutkowego, kompensacyjnym uniesieniem i wysunięciem głowy do przodu oraz nadmiernym napięciem mięśniowym potylicy oraz szyi.

W badaniu intraoralnym, w budowie artykulatorów widoczne było skrócone wędzidełko języka w części tylnej – ankyloglosja III typu, wędzidło języka dość cienkie i raczej elastyczne. W badaniu języka przy maksymalnie rozwartych ustach – czubek języka osiągał połowę odległości między siekaczami górnymi a dolnymi. Widoczne było stłoczenie zębów w szczęcie górnej i dolnej. Migdałki podniebienne zajmowały ok. 25% cieśni gardłowej. Pacjent miał ponadto wąską żuchwę, podniebienie wysokie oraz suche, popękane usta.

W funkcji artykulatorów logopeda zaobserwował płaską spoczynkową pozycję języka – w mowie spontanicznej język przesunął się do dolnych zębów, w wyniku czego część głosek szeregu przedniego była artykułowana niewłaściwie; w badaniu artykulacji odnotowano dozębową realizację głosek przedniojęzykowo-zębowych i przedniojęzykowo-dziąsłowych oraz brak głóska [r].

W pracy mięśni twarzy zauważono: słabe napięcie wewnątrz jamy ustnej, słabą pracę mięśnia okrężnego warg (prawie nieruchomą górną wargę), bardzo słabą pracę mięśni policzkowych, mocno napięty mięsień bródkowy, mocne napięcia w stawach skroniowo-żuchwowych, a także nieprawidłową pracę mięśni żwaczy.

W emisji głosu w oddychaniu dynamicznym przeważał tor obojczykowo-żebrowy, bardzo słabo pracowały mięśnie międzyżebrowe i przepona pacjenta, a jego czas fonacji (badany na głosce [a]) był mocno skrócony.

Podsumowanie

Diagnoza logopedyczna, będąca zbiorem określonych zasad oraz metod postępowania badawczego, która ma na celu ocenę rozwoju mowy osoby badanej oraz określenie nieprawidłowości występujących w procesie komunikowania się [Iskra, Szuchnik 2005: 271] nie u wszystkich pacjentów/klientów/podopiecznych będzie wystarczająca. Czasami logopeda będzie musiał wspomóc się innymi narzędziami, dostępnymi na przykład w terapii miofunkcjonalnej.

Dobrze postawiona diagnoza, obejmująca badanie postawy pacjenta, jego napięcie mięśniowe, sposób oddychania, budowę i funkcję artykulatorów, artykulację, sposób połykania, emisję głosu, poparta terapią uwzględniającą miofunkcję, będzie prowadzić do poprawy funkcjonowania dziecka czy dorosłego z nieprawidłowym przebiegiem funkcji biologicznych, wadami anatomicznymi w budowie narządów mowy, nieprawidłowymi nawykami angażującymi mięśnie orofacjum w obszarze funkcji prymarnych i sekundarnych.

Bibliografia

- Baxter Richard (2023), *Język na uwięzi*, przeł. Agnieszka Grabowiecka-Nowak, Bogumiła Gołdynia, wyd. 2, Kraków.
- Bogdanowicz Marta (2003), *Diagnoza dysleksji rozwojowej w Polsce*, w: *Diagnoza dysleksji*, red. Barbara Kaja, Bydgoszcz, s. 9–35.
- Bogdanowicz Marta (2012), *Diagnoza dysleksji rozwojowej*, w: *Diagnoza logopedyczna. Podręcznik akademicki*, red. Ewa Czaplewska, Stanisław Milewski, Sopot, s. 121–176.

- Bogdanowicz Marta, Krasowicz-Kupis Grażyna (2005), *Diagnoza dysleksji rozwojowej*, w: *Podstawy neurologopedii. Podręcznik akademicki*, red. Tadeusz Gałkowski, Elżbieta Szelać, Grażyna Jastrzębowska, Opole, s. 967–985.
- Czajkowska Magdalena (2023), *Struktura i funkcja w terapii logopedycznej*, Zabrze.
- Czaplewska Ewa (2012), *Diagnoza zaburzeń rozwoju artykulacji*, w: *Diagnoza logopedyczna. Podręcznik akademicki*, red. Ewa Czaplewska, Stanisław Milewski, Sopot, s. 65–120.
- Czaplewska Ewa, Milewski Stanisław (2012), *Wprowadzenie*, w: *Diagnoza logopedyczna. Podręcznik akademicki*, red. Ewa Czaplewska, Stanisław Milewski, Sopot, s. 7–13.
- Duran von Arx Jose, Merino Arends Miguel (2024), *Częstość występowania zaburzeń jamy ustnej według kodyfikacji MFS*, w: Jose Duran von Arx, Monika Ośko, *Leczenie ortodontyczne wg filozofii MFS. Podejście przyczynowe do problemów wzrostu i rozwoju twarzoczaszki, stymulaterapia*, Katowice, s. 173–185.
- Grabias Stanisław (2008), *Postępowanie logopedyczne. Diagnoza, programowanie terapii, terapia*, „Logopedia” 37, s. 13–27.
- Grabias Stanisław (2017), *Język w diagnozowaniu umysłu. Terapia logopedyczna a poznawcza i interakcyjna funkcja języka*, w: *Współczesne tendencje w diagnozie i terapii logopedycznej*, red. Danuta Pluta-Wojciechowska, Barbara Sambor, Gdańsk, s. 35–63.
- Grzesiewska Krystyna (1998), *Metody leczenia szczękowoortopedycznego. Ćwiczenia mięśniowe (miototerapia)*, [w:] *Opieka logopedyczna od poczęcia*, red. Bronisław Rocławski, Gdańsk, s. 49–51.
- Iskra Laura, Szuchnik Joanna (2005), *Diagnoza logopedyczna*, w: *Podstawy neurologopedii. Podręcznik akademicki*, red. Tadeusz Gałkowski, Elżbieta Szelać, Grażyna Jastrzębowska, Opole, s. 271–302.
- Jastrzębowska Grażyna (1998), *Podstawy teorii i diagnozy logopedycznej*, Opole.
- Kaczorowska-Bray Katarzyna (2012), *Diagnoza we wczesnej interwencji logopedycznej*, w: *Diagnoza logopedyczna. Podręcznik akademicki*, red. Ewa Czaplewska, Stanisław Milewski, Sopot, s. 223–262.
- Kaja Barbara (red.) (2003), *Diagnoza dysleksji*, Bydgoszcz.
- Kittel Anita (2014), *Terapia miofunkcjonalna*, Bielany Wrocławskie.
- Krasowicz-Kupis Grażyna (2009), *Ku trafnej diagnozie dysleksji – wprowadzenie*, w: *Diagnoza. Dysleksja. Najważniejsze problemy*, red. Grażyna Krasowicz-Kupis, Gdańsk, s. 7–13.
- Niemierko Bolesław (2009) *Diagnostyka edukacyjna. Podręcznik akademicki*, Warszawa.
- Panasiuk Jolanta (1998), *Logopedyczna metodologia diagnozowania afazji*, „Biuletyn Towarzystwa Terapeutów Mowy”, z. 6, s. 57–69.
- Panasiuk Jolanta (2005), *Diagnoza różnicowa zaburzeń językowych u chorych z uszkodzeniami mózgu*, w: *Logopedia. Teoria i praktyka*, red. Małgorzata Młynarska, Tomasz Smereka, Wrocław, s. 44–68.

- Parol Urszula Zofia (1989), *Dziecko z niedokształceniem mowy. Diagnoza – analiza – terapia*, Warszawa.
- Pluta-Wojciechowska Danuta (2015), *Zaburzenia czynności prymarnych i artykulacji. Podstawy postępowania logopedycznego*, wyd. 2 popr. i poszerz., Bytom.
- Pluta-Wojciechowska Danuta (2017), *Dyslalia obwodowa*, Bytom.
- Pluta-Wojciechowska Danuta (2018), *FTM – Fizjologiczna terapia miodfunkcjonalna*, w: *Metody terapii logopedycznej*, red. Aneta Domagała, Urszula Mirecka, Lublin, s. 487–509.
- Porayski-Pomsta Józef, red. (2008), *Diagnoza i terapia w logopedii*, Warszawa.
- Rosińska Aleksandra (2021), *Terapia miodfunkcjonalna*, „Strefa Logopedy” 22, s. 3–54.
- Rządźka Mira (2019), *Odruchy oralne u noworodków i niemowląt. Diagnoza i stymulacja*, Kraków.
- Rządźka Mira (2025), *Terapia miodfunkcjonalna w budowaniu bądź przywracaniu oddechu fizjologicznego*, w: *Oddech. Norma, patologia, diagnoza, terapia*, red. Mira Rządźka, Kraków, s. 458–498.
- Siudak Anna, Prażak Jadwiga (2023), *Zaburzenia miodfunkcjonalne w kontekście rozwoju motorycznego dziecka – studium przypadku*, „Logopedia”, 52(2), s. 211–224.
- Tarkowski Zbigniew (2016), *Logopeda w roli diagnosty*, „Forum Logopedy”, 11, s. 4–8.
- Zydorowicz Paulina, Bernhardt Barbara May, Kaptur Ewa (2025), *Phonological assessment and analysis tools for Polish*, „Clinical Linguistics & Phonetic”, vol. 39, nr 10, s. 927–945.

Testy logopedyczne

- Grabias Stanisław, Kurkowski Zdzisław Marek, Woźniak Tadeusz (2002), *Logopedyczny test przesiewowy dla dzieci w wieku szkolnym*, Lublin.
- Gruba Joanna (2015), *KOLD – Karty Oceny Logopedycznej Dziecka*, Gliwice.
- Gruba Joanna (2023), *Logopedyczny przesiew – LP*, Gliwice.
- Krajna Ewa (2008), *100-wyrazowy test artykulacyjny*, Gliwice.
- Tarkowski Zbigniew (2002), *Przesiewowy Test Logopedyczny*, Lublin.

Webinary

- Rosińska Aleksandra (2021), *Terapia miodfunkcjonalna*.
- Rosińska Aleksandra (2022), *Terapia miodfunkcjonalna w leczeniu zaburzeń traktu ustno-twarzowego*.
- Rosińska Aleksandra (2023), *Całościowe spojrzenie w terapii miodfunkcjonalnej*.
- Rosińska Aleksandra (2024), *Terapia miodfunkcjonalna a zaburzenia artykulacyjne*.
- Rosińska Aleksandra (2025), *Liczba powtórzeń i czas trwania terapii – co mówią badania? Terapia miodfunkcjonalna w liczbach*.

Strony www

<https://isap.sejm.gov.pl> [dostęp: 19.10.2025].

<http://www.mfs-poland.com> [dostęp: 19.10.2025].

dr hab. Ewa Kaptur, prof. UAM – Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu.
Zainteresowania badawcze: komunikacja, język i mowa, w tym funkcje prymarne (oddychanie, połykanie, jedzenie i picie) oraz sekundarne (artykulacja i fonacja).