

TADEUSZ PAWEŁ WASILEWSKI

Dyzartria jako determinant zaburzeń procesu komunikowania się pacjentów w wybranych chorobach otępiennych mózgu

Dysarthria as the determinant of disorder of communication process among patients in selected demented brain diseases

Katedra Chirurgii i Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

KEYWORDS

dysarthria, dementia, articulation

SUMMARY

In cases of hemisphere brain damages among adult patients, quite frequent is the occurrence of different aspects of speech disorders, which are the multidimensional construct and are regulated by unusually complex cortical-subcortical neural system which may suffer a disorganization at the level of various pathomechanisms. One of the disorders allowing to connote aforementioned standpoint is dysarthria. This type of speech disorder may occur in diseases of a central nervous system of diversified degenerative, metabolic, or demyelinating etiology. As a disorder discourse, they belong to the most frequently met and occurring consequences of surgical intervention of the brain, because of injuries, brain tumors or infection, which occurrence is gradually increasing due to the development of civilization. Dysarthria is a motor speech disorder resulting from structural and functional changes of pyramidal and extrapyramidal systems, cerebellum, spinocerebellar tract and peripheral nerves, supporting muscles of speech organ. This type of speech disorder results from irregularity, strength, rapidity, scope and stability of movement, which are crucial for correct breathing, phonation and articulation. According to classical definition in unusually complex clinical picture, dysarthria is a set of breathing, phonatory and articulatory disorders, resulting from structural brain damages and nerves tract, which are responsible for the monitoring of proper functionality of muscles of speech organ and which lead to distortion of the substance of phonic expression, disorder of phoneme distribution and disorder of prosodic organization of the phonic process. Dysarthria syndrome may have various intensity, from small anomaly, having no influence on speech understanding for listener, to a serious general pathology, precluding effective verbal communication determining the contact of the patient with family or medical staff. That is why in the process of speech disorders identification such as dysarthria, an essential problem is understandability of the utterance in due to possibilities and barriers in the sphere of language communication.

The aim of presented work was an attempt to present in theory, the issue of dysarthria and its connection with selected demented brain diseases.

WSTĘP

Dyzartria to opisane w polskim piśmiennictwie logopedycznym, foniatrycznym, neurologicznym i neuropsychologicznym zaburzenie mowy występujące zarówno u dzieci, jak i u dorosłych. Jest to zaburzenie występujące na poziomie wykonawczym ruchowego mechanizmu mowy spowodowane strukturalnymi i czynnościowymi zmianami układu nerwowego, tj. układu piramidowego, pozapiramidowego, mózdzku i dróg mózdkowych oraz nerwów obwodowych zaopatrujących mięśnie aparatu mowy. Może występować w chorobach ośrodkowego układu nerwowego

o różnicowanej etiologii, tj. zwyrodnieniowej, metabolicznej, demielinizacyjnej, w których uszkodzenie obejmuje przede wszystkim struktury podkorowe mózgu. Dyzartria jako zaburzenie dyskursu należy także do najczęściej spotykanych i występujących konsekwencji interwencji chirurgicznych mózgu (urazy, guzy mózgu) (1).

DEFINICJA I ISTOTA DYZARTRII

Słowo „dyzartria” (łac. *dysarthia*) pochodzi z dwóch starogreckich elementów, tj. *dys* – nieprawidłowo i *arthros* – staw, kończyna. Z analizy powyższego tłumaczenia

wynika, iż słowo to powinno raczej oznaczać nieprawidłowość, wadę stawu, aniżeli zaburzenie mowy. Tymczasem rozwiązanie istoty tego terminu leży w odmiennym znaczeniu morfemu (*arthr*) w składzie tego wyrazu. Staw bowiem to „styk” dwóch elementów, z których każdy porusza się we własnej osi i płaszczyźnie, ale połączenie tych elementów powoduje powstanie innego ruchu, będącego nową jakością, czymś innym. Zatem w trakcie wypowiedzania się narząd mowy wykonuje całą serię drobnych, płynnych i złożonych ruchów, które kształtując strumień powietrza wydychanego z płuc przez usta, zmieniają wydawane dźwięki na fonemy (2).

Dyzartrię można zdefiniować jako zaburzenie mowy powstałe w wyniku uszkodzenia dróg nerwowych, ważnych dla przekształcania impulsów związanych z procesem mówienia. Inaczej mówiąc, jest to zaburzenie ruchowego wykonania aktów mowy, cechujące się dysfunkcjami mięśni narządu mowy spowodowanymi niedowładem, spowolnieniem, niezbornością, zmienioną fonacją czy dodatkowymi ruchami.

Zaburzenia mowy o typie dyzartrii mogą także wynikać z dysfunkcji układu oddechowego, jeżeli tylko dotyczą zdolności przepuszczania powietrza przez narząd mowy w celu wydawania dźwięków mowy, fonacji, artykulacji i prozodii (3).

SCHORZENIA ZE WSPÓŁWYSTĘPUJĄCĄ DYZARTRIA

Prowadzone badania logopedyczne nad dyzartrią u pacjentów dorosłych dotyczą chorób neurodegeneracyjnych, takich jak choroba Wilsona, zwyrodnienie mózdkowo-oliwkowe, neuroborelioza, ale także choroba Parkinsona i płasawica Huntingtona (4-6).

Choroba Parkinsona (parkinsonizm) to zespół objawów oznaczających chorobę zwyrodnieniową struktur podkorowych, których etiologią może być: zapalenie, miażdżyca, zatrucia, urazy czaszkowo-mózgowe czy porażenie prądem elektrycznym, guzy jąder podstawy bądź przyjmowane przez pacjenta neuroleptyki.

W rozważaniach nad problemami językowymi w przebiegu choroby Parkinsona wyróżnia się trzy podejścia badawcze. Pierwsze z nich akcentuje wyłącznie dyzartryczny charakter zaburzeń mowy ekspresyjnej. Drugie podejście cechuje ujmowanie zaburzeń językowych w konstrukcji objawów demencji podkorowej. Trzecie podejście, tj. kliniczno-eksperymentalne, ukierunkowane jest natomiast na analityczne badanie poszczególnych funkcji i czynności werbalnych chorego.

Diagnoza zaburzeń dyzartrycznych w parkinsonizmie pozwala na wyróżnienie zaburzeń sublingwistycznych w postaci hipotonii i/lub dyzartrii pozapiramidowej w formie hipertonicznej i hipokinetycznej. Zaburzenia te dotyczą obniżonej wysokości i natężenia głosu, spowolnionej i monotonnej intonacji, trudności artykulacyjnych (tzw. mamrotanie) oraz mimowolnego powtarzania słów, fraz i rzadziej sylab (tzw. palilalia). Ponadto chory przejawia zaburzenia pisma (tzw. mikrografia). W drugim podejściu badawczym problemy językowe w postaci dyzartrii to jedna z cech klinicznych

demencji podkorowej rozpatrywanej poprzez zestawienie jej z dysfunkcją typu Alzheimera. Okazuje się bowiem, że u pacjentów w chorobie Parkinsona występują deficyty plastyczności zachowania, przejawiające się w perseweracjach, trudnościach przejścia od jednego kryterium klasyfikacji do innego czy zaburzeniach przy odtwarzaniu ciągów bodźców werbalnych. Chorzy poddani leczeniu farmakologicznemu demonstrują: spowolnienie mowy ekspresyjnej, trudności artykulacyjne realizacji samogłosek, zaburzenia fluencji słownej będące wyraźniejszymi przy kryterium treściowym niż formalnym oraz tzw. gubienie wyróżnionej kategorii, perseweracje, zaburzenia w nazywaniu i w rozumieniu słyszanego tekstu. Trudności artykulacyjne pacjentów z parkinsonizmem zdecydowanie dominują nad deficytami inteligencji i pamięci werbalnej, w porównaniu z pacjentami z demencją typu Alzheimera. W ramach trzeciego podejścia klinicznego chorobę Parkinsona charakteryzują występujące w mowie ekspresyjnej zaburzenia toniczne, foniczne i artykulacyjne. Ponadto, mowa pacjentów jest wyciszona, monotonna, pozbawiona modulacji lingwistycznej i emocjonalnej, spowolniona, z dużą liczbą pauz, skandowań i z objawem zanikania po wypowiedzaniu pojedynczych słów lub zdań.

Rozumienie mowy u pacjentów w chorobie Parkinsona z reguły nie wykazuje deficytów na poziomie percepcyjnym i semantycznym, a ewentualne trudności z lukami pamięciowymi i szybkim tempem wypowiedzi eliminowane są przez zwolnienie tempa wypowiedzi osoby chcącej się komunikować z pacjentem (7-9).

Choroba Huntingtona (płasawica przewlekła Huntingtona) to uwarunkowane genetycznie schorzenie zwyrodnieniowo-zanikowe charakteryzujące się występowaniem u pacjenta ruchów mimowolnych płasawicznych i zaburzeń psychicznych pod postacią otępienia. Uszkodzenie mózgu obejmuje jądro ogoniaste i skorupę, a także gałkę bładą (choć w mniejszym stopniu) i korę mózgową (głównie płaty czołowe, poszerzenie układu komorowego).

Przy nasilonej patologii u chorego obserwuje się objawy dyzartrii obejmujące zaburzenia pracy układu oddechowego, fonacyjnego i artykulacyjnego, co prowadzi do zaburzeń rytmu oddechowego, rozchwiania tempa, głośności i artykulacji, a w konsekwencji do mowy wybuchowej, niewyraźnej lub całkowicie niezrozumiałej. W lżejszych i średnio zaawansowanych stadiach choroby najczęściej stwierdza się trudności dotyczące nazywania, obniżonej fluencji słownej, zaburzeń w rozumieniu słyszanego tekstu oraz uproszczeń struktury syntaktycznej zdań (10).

Choroba Wilsona (zwyrodnienie wątrobowo-soczewkowe) polega na genetycznie uwarunkowanych zaburzeniach transportu i gospodarki miedzią, co prowadzi do uszkodzeń narządów wewnętrznych, zwłaszcza wątroby i ośrodkowego układu nerwowego, a w szczególności jąder podstawy, wzgórza kory mózgowej i istoty białej. Wśród objawów neurologicznych dominują objawy uszkodzenia układu pozapiramidowego pod postacią zespołu hipertoniczno-hipokinetycznego z typowym obserwowanym drżeniem rąk (ruchy trzepotania).

U pacjentów w zakresie mowy ekspresyjnej występuje pełne spektrum zaburzeń – od osłabienia fonacji do subwokalnych ruchów warg i języka czy też szeptu, poprzez zaburzenia dynamiki wypowiedzi, tj. spowolnienie tempa mówienia bądź też jego przyśpieszenie, swoiste blokowanie mowy podczas nasilonego trzepotania rąk lub wzrost uogólnionego napięcia mięśniowego, zaburzenia artykulacyjne, powtarzanie sylab i słów. Powyższy obraz dyskursu znaczne determinuje sposoby komunikowania się pacjentów w tego typu stanach klinicznych. Zaburzenia toniczno-kinetyczne w piśmie przejawiają cechy mikrografii, trezoru i rozbicia wyrazów na pojedyncze litery (1, 3).

POSTACIE DYZARTRII

Przyczyny dyzartrii stanowią jednocześnie kryteria jej podziału. Przykładem stosowanej przez logopedów klasyfikacji opierającej się na kryterium lokalizacyjnym jest typologia opracowana przez Sovaka w 1978 roku (2), w której autor wyróżnia sześć postaci dyzartrii. Są nimi: dyzartria opuszkowa, mózdkowa, korowa, piramidowa, pozapiramidowa i mieszana.

Dyzartria opuszkowa spowodowana jest uszkodzeniami jąder nerwów ruchowych znajdujących się w opuszce (rdzeń przedłużony, most Varda) i/lub nerwów zaopatrujących aparat artykulacyjny. Porażenie mięśni tego aparatu może mieć charakter całkowity lub częściowy. W mowie pacjenta przy porażeniu częściowym największe zniekształcenia występują w zakresie realizacji głosek wymagających dokładnej koordynacji i zwiększonego napięcia mięśniowego. Tego typu zaburzeniem zwykle towarzyszą trudności w żuciu pokarmu i jego połykaniu (1-3).

Dyzartria mózdkowa, nazywana również ataktyczną, wywołana jest uszkodzeniem mózdku i/lub dróg mózdkowych skutkującym dyskoordynacją ruchów narządów mowy. Dlatego też podczas wypowiedzi pacjenta ruchy artykulacyjne są nieskoordynowane, a ich tempo jest nierówne. Chory nie potrafi zwolnić przyśpieszonych ruchów artykulacyjnych i nie jest w stanie szybko zmienić położenia języka. Podczas aktów mowy często robi przerwy, a wypowiedzi stają się skandowane i przypominają mowę osoby nietrzeźwej (1).

Dyzartria korowa to rodzaj zaburzenia, które powstaje w wyniku uszkodzenia okolicy ruchowej kory mózgowej z obszarem mowy, tj. pól 4, 6, 8, 44. Pola ruchowe odpowiedzialne za pracę języka, żuchwy, gardła i krtani znajdują się w dolnej części zakrętu przedśrodkowego w obu półkulach mózgu. Obustronne uszkodzenie tych pól powoduje porażenie odpowiedniego narządu wykorzystywanego podczas procesu mówienia, jednostronne zaś uszkodzenie prowadzi do nieznacznej obniżenia jego ruchliwości. W dyzartrii korowej dochodzi także do zaburzenia bardziej złożonych struktur wypowiedzi. Pacjenci nie mają większych trudności z wypowiadaniem krótkich i prostych wyrazów (1).

Dyzartria piramidowa to rodzaj zaburzenia powstający na skutek uszkodzenia drogi piramidowej prowadzącej do

okolicy ruchowej kory i dalej do jąder nerwów znajdujących się w opuszce. Uszkodzenie obejmuje zatem drogi korowo-jądrowe i jądra nerwów opuszkowych. W obrazie wypowiedzi pacjenta występuje zwiększone napięcie aparatu mowy o charakterze spastycznym (kurczowym, scyzorykowym), które maleje przy powtarzaniu ruchów biernych. Porażenie spastyczne sprawia, że ruchy artykulacyjne stają się przesadne i nieskoordynowane. Mowa chorego jest wolna i niepłynna, a wymowa wielu głosek staje się zniekształcona (nieprecyzyjność w wymawianiu spółgłosek i samogłosek), dochodzi do nadmiernej nosowości. Ponadto, w mowie pacjenta zmiany w fonacji wskazują na zwężenie głośni, przez co głos staje się chrapliwy, niski, słaby, napięto-zdławiony, wydawany z dużą trudnością. Na końcu wydechu słychać chrząknięcia oraz dające się zauważyć przerwy w wydawanych dźwiękach. Ten typ dyzartrii przypomina jąkanie (1).

Dyzartria pozapiramidowa jest następstwem uszkodzenia układu pozapiramidowego (ciało prążkowane, gałka biała, jądro czerwone, drogi nerwowe prowadzące od nich do opuszki), która może wystąpić w formie hipertonicznej i hiperkinetycznej. W postaci hipertonicznej mowa pacjenta jest „jakby usztywniona”, a chory mówi wolno i niewyraźnie, często nie kończy zdania, ma skłonności do tzw. mamrotania. W formie hiperkinetycznej mowę pacjenta charakteryzują ruchy narządów, które są niezorganizowane i mało precyzyjne, a artykulacja bardzo niedokładna. Ponadto, mowa chorego jest powolna, ulega zaburzeniu jego wysokość głosu, melodia wypowiedzi i jej rytm. Ruchy oddechowe wydają się być niewyraźne. Głos pacjenta ma charakter gardłowy i jest jęklivy (1).

Dyzartria mieszana to rodzaj zaburzeń stanowiących kombinację pięciu powyższych form dyzartrii. Postać tę charakteryzują mieszane objawy ze współwystępującymi zaburzeniami w oddychaniu pojawiającymi się zarówno w czasie mówienia, jak i w spoczynku. Oddech pacjenta wówczas jest bardzo krótki i powierzchowny, a wydech odbywa się przez nos. W czasie aktów mowy oddychanie może mieć również charakter prawidłowy. Najczęściej jednak ulega różnym zaburzeniom i zakłóceniom, które spowodowane są brakiem koordynacji oddecho-artykulacyjnej. Głos chorego jest słaby o zmienionym natężeniu i wysokości, a artykulacja rozmazana i zniekształcona. Powyższa sytuacja jest konsekwencją nieruchomości języka, nosowania otwartego, trudności w wytwarzaniu głosu, a także zmian akcentów, wysokości głosu i czasu trwania głosek (1).

STRATEGIE POSTĘPOWANIA TERAPEUTYCZNEGO

Głównym celem postępowania terapeutycznego w dyzartrii jest poprawa zrozumiałości wypowiedzi w przypadku pacjentów mówiących lub rozwinięcie sprawności umożliwiających budowanie wypowiedzi zrozumiałych dla otoczenia w przypadku pacjentów niemówiących. Powyższy cel można osiągnąć poprzez wprowadzenie określonych strategii postępowania terapeutycznego, wśród których wyróżnia

się między innymi strategię kontroli kinezyki, tj. modyfikacji postawy i ruchów ciała, żucia i połykania, poprawę funkcji oddechowych, tj. korektę toru oddechowego, rytmu oddychania, wydłużania i kontroli długości fazy wydechu i jego siły, poprawę fonacji, tj. korektę ataku głosowego, kontrolę jakości, natężenia i wysokości głosu, usprawniania motoryki narządów mowy, artykulacji i zrozumiałości poprzez ruchy izolowane i naprzemienne, szybkości wypowiedzi, polepszenie poziomu prozodycznego wypowiedzi, tj. kontrolę tempa i rytmu mówienia, intonacji i akcentowania, a także rozwijania sprawności językowej i wprowadzania tzw. alternatywnej komunikacji (2, 11).

STRATEGIA KONTROLI KINEZYKI

Program strategii kontroli kinezyki, tj. modyfikacji postawy ciała i usprawniania poprzez naśladownictwo demonstrowanych ruchów przed rozpoczęciem w pełni profesjonalnych ćwiczeń przez logopedę bądź neurologopedę, powinien rozpocząć się od maksymalnego rozluźnienia mięśni aparatu mowy oraz mięśni układu kostnego. Powyższemu celowi służą między innymi działania personelu terapeutycznego zmierzające do takiego układania ciała pacjenta (refleksy odporne pozycje), które zmniejszają napięcie mięśniowe. Fizjoterapeuci, rehabilitanci i pielęgniarki wcześniej jednak powinni ustalić z terapeutą mowy, jakie pozycje mogą przyczynić się do poprawy usprawnienia (pozycja siedząca, leżąca, półwysoka) pacjenta. Szczególnego znaczenia w pozycjach ułożeniowych chorego nabiera położenie głowy, która zwykle decyduje nie tylko o napięciu mięśni mających wpływ na prawidłowy rozwój mowy, ale również o zakresie pola widzenia chorego. Powinno się więc ćwiczyć takie ułożenia pacjenta, które byłyby dla niego jak najbardziej wygodne. Przyjmowanie nieprawidłowych postaw bowiem utrudnia w efekcie komunikowanie się chorego z członkami zespołu terapeutycznego (1, 3, 12).

Zdaniem Tarkowskiego (3) napięcie mięśniowe towarzyszące dyzartrii można zmniejszać poprzez stosowanie masażu związanych z podtrzymywaniem warg przy cmo-kaniu, wywijanie do nosa wysuniętego języka, wysuwanie języka na dolną wargę, gładzenie twarzy, łagodne klepanie policzków, symulowanie ruchów żucia, a także relaksację w formie bezpośrednich ćwiczeń rozluźniających bądź w postaci form sugestii słownych. Wszystkie powyższe ćwiczenia mają charakter wspomagający.

STRATEGIA MODYFIKACJI PROCESU ŻUCIA, KARMIENTA I POŁYKANIA

Ważnym etapem profesjonalnej terapii podejmowanej wobec pacjenta jest wytworzenie właściwych nawyków podczas jedzenia, żucia i połykania pokarmów.

Wielu autorów nauk prawidłowego procesu połykania dzieli na etap unoszenia języka oraz połykania śliny z końcem języka ukierunkowanym do podniebienia, a także etap umiejętnego spożywania płynów z uwzględnieniem prawidłowego żucia pokarmów. Proces karmienia, żucia

i połykania można usprawniać poprzez ćwiczenia ułtwiające pionizację języka i polegające na jego unoszeniu z pozycji poziomej do podniebienia w okolicy siekaczy. Prawidłowe połykanie śliny polega na utrzymaniu języka na podniebieniu przez cały akt połykania, a nie tylko w jego fazie początkowej. O prawidłowym przebiegu spożywania płynów świadczy brak grymasów warg pacjenta w czasie picia przy jednocześnie wzmożonej pracy mięśni podżuchowych. Stymulowanie procesu karmienia, żucia i połykania powinno się także odbywać przy udziale personelu terapeutycznego, w tym fizjoterapeutów, terapeutów zajęciowych, pielęgniarki (1, 11, 13).

STRATEGIA MODYFIKACJI FUNKCJI ODDECHOWYCH

Strategia modyfikacji funkcji oddechowych powinna być prowadzona przez cały okres rehabilitacji, gdyż wraz z rozwojem wypowiedzi językowych należy zapewnić ich prawidłową realizację. W sytuacji, gdy zaburzeniu ulega kilka funkcji równocześnie, proces usprawniania należy rozpocząć od modyfikacji tych sprawności, które gwarantują rozwój pozostałych. W przypadku zaburzeń oddechowo-fonacyjno-artykulacyjnych wskazanym jest, aby terapię rozpocząć od poprawy oddechu, ponieważ na bazie prawidłowego oddychania w efekcie mają szansę ukształtować się właściwa fonacja i artykulacja. Prawidłowy oddech u chorego nie tylko zapobiega powikłaniom pooperacyjnym, ale zawsze decyduje o jakości wydawanego dźwięku, jego rytmie i czasie trwania. Okazuje się także, że u pacjenta z dyzartrią prawidłowy tor oddechowy może być zaburzony, a nieprawidłowe czynności mięśni oddechowych i brzucha z zasady mogą utrudniać mówienie. Powyższa sytuacja prowadzi do występowania powierzchownego oddechu i krótkiej fazy wydechowej. Poprzez ćwiczenia oddechowe zatem choremu powinno uświadomić się siłę strumienia wydychanego powietrza, wspólnie wypracować prawidłowy tor oddechowy, pogłębić jego oddech, wydłużyć fazę wydechową, a także wzmocnić i wykorzystać siłę mięśni oddechowych, aby na końcu uregulować rytm wydechowy (11).

Według Tarkowskiego (3) celami terapii i wytworzenia prawidłowego oddechu są: korygowanie błędnych wzorców oddychania, powiększanie życiowej pojemności płuc, zwiększenie kontroli nad wdechem i wydechem oraz poprawa stanu napięcia i koordynacji mięśni oddechowych.

Według badaczy przedmiotu ćwiczenia oddechowe wobec pacjenta powinny być włączane w procesy terapii możliwie jak najwcześniej. Pierwsze z nich powinny uczyć chorego lekkiego wdychania powietrza przez nos i łagodnego wydychania przez usta. Podczas tego typu ćwiczeń fizjoterapeuci, pielęgniarki, terapeuci mowy powinni obserwować zachowanie się przepony i żeber pacjenta od razu, ale w miarę możliwości korygując nieprawidłowości. Następne ćwiczenia muszą być związane z wydłużaniem fazy wydechu, regulowaniem i gospodarowaniem powietrzem. W propozycji ćwiczeń należy przyzwyczaić chorego do prawidłowego łączenia nabierania powietrza i wypuszczania go, a także

kierowania strumienia na wiszącą watę z jednoczesną artykulacją głoski „fff” bądź głosek szczelinowych. W terapii logopedycznej należy pamiętać także o przedłużaniu fazy wydechowej i jeżeli jest to tylko możliwe – pokastywaniu na wydechu (1).

STRATEGIA MODYFIKACJI PROCESU FONACJI

Pacjent z dyzartrią w terapii logopedycznej wymaga także nauczenia i wykonywania ćwiczeń fonacyjnych ściśle związanych z procesem oddychania. Celami tego typu terapii są: koordynowanie procesu oddychania i fonacji, wykształcenie umiejętności regulowania napięcia głosu i osiągania odpowiedniej wysokości głosu, a także osiągnięcie odpowiedniego rezonansu i prozodii mowy. Okazuje się bowiem, że kontrola tonu i modulacji pozwala zmniejszyć monotoność głosu i w przyszłości może przysłużyć się ustaleniu właściwej intonacji wypowiedzi. Terapia procesu fonacji powinna odbywać się poprzez redukcję ostrego ataku głosowego oraz emisję samogłosek wymawianych głośno i cicho (11).

STRATEGIA MODYFIKACJI USPRAWNIANIA MOTORYKI NARZĄDÓW MOWY

Głównym celem w terapii logopedycznej podejmowanej wobec pacjenta z dyzartrią jest modyfikacja i usprawnienie motoryki narządów mowy ze zwróceniem szczególnej uwagi na ćwiczenie żuchwy, warg, języka i podniebienia. Aby chory mógł prawidłowo naśladować proponowane ćwiczenia, wcześniej musi dokonać ich analizy i syntezy oraz zrozumieć polecenia, a także mieć odpowiednią motywację i możliwość ich wykonania. W terapii logopedycznej powinno zwrócić się uwagę na zasadę stopniowania trudności proponowanych ćwiczeń. Wśród sugerowanych ćwiczeń żuchwy wyróżnia się te związane z wyraźnym jej opuszczaniem i zaznaczaniem dwóch faz przy otwieraniu, opuszczaniu i unoszeniu przy zamkniętych wargach bądź przy otwartych, a także ruchy do skrajnej pozycji przedniej i powrót do spoczynkowej. Wśród propozycji ćwiczeń warg zwrócić się powinno uwagę na tzw. nadymanie policzków, nadymanie policzków z uwolnieniem nagromadzonego w jamie ustnej powietrza, zaokrąglanie i spłaszczanie warg przy zwartych szczękach, cmokanie przy dowolnym układzie warg czy też wymawianie samogłosek z przesadną artykulacją. Propozycje ćwiczeń języka związane są z jego unoszeniem ku górze, tj. do nosa i wygięcia na brodę, wysuwaniem go na zewnątrz i cofaniem w głąb jamy ustnej, układaniem go na zębach dolnych, wysuwaniem do czerni warg i jeżeli tylko jest to możliwe – wykonywaniem ruchów pionowych ku dziąslom i podniebieniu, a także przenoszeniem języka po krawędziach zębów, tzw. liczenie zębów, a nie jego suwaniem. Prawidłowe wykonywanie powyższych ćwiczeń pozwala przechodzić do ćwiczeń o większej precyzji i szybkości ruchów. Wśród ćwiczeń podniebienia miękkiego, które mają wpływ na jego sprawne funkcjonowanie i zapewnienie prawidłowego brzmienia

głosek, wyróżnia się: ziewanie przy nisko opuszczonej żuchwie, pobieranie powietrza przez nos i wydychanie przez usta, energiczne wymawianie sylab z głoskami tylnojęzykowymi (np. aka, aku, ak), kasłanie przy wysuniętym na zewnątrz jamy ustnej języku i chrapanie na wdechu i wydechu (14).

STRATEGIA MODYFIKACJI ARTYKULACJI

Po wcześniejszym zastosowaniu szeregu ćwiczeń logopedycznych, które poprzedzają artykulację w działaniach terapeutycznych, należy podjąć ćwiczenia sprowadzające się do wywoływania poszczególnych głosek, korzystając z metodyki terapii dyslalii. Na początku w zależności od tego, który u chorego szereg głosek uległ zaburzeniu, można pracować na szeregach głosek: ś, ź, ć, dź, s, z, c, dz czy sz, ż, cz, dż, a następnie na opozycjach innych głosek, np. p-b, w-z, k-g, t-d itd. Wszystkie zaproponowane ćwiczenia należy przepracować w izolacji dźwięku, sylabach, wyrazach, wyrażeniach oraz frazach i zdaniach (14).

STRATEGIA MODYFIKACJI ZROZUMIAŁOŚCI I SZYBKOŚCI WYPOWIEDZI ORAZ PROZODII

Ćwiczenia logopedyczne w dalszych krokach postępowania terapeutycznego po pracy artykulacyjnej powinny sprowadzać się do budowania u chorego wypowiedzi spontanicznych i swobodnych. Terapeuta mowy powinien zwracać uwagę na prozodię, akcent, intonację, tempo i rytm wypowiedzi, czyli czynniki mające wpływ na zrozumiałość produkowanego tekstu (15).

Działania terapeutyczne podejmowane wobec pacjenta z dyzartrią mogą być także stymulowane przez zespół terapeutyczny, tym bardziej, że według Grabiasa i wsp. (16) w programie terapeutycznym zastosowanym wobec chorego z dyzartrią nie powinno się pomijać doskonalenia naturalnego porozumiewania się za pomocą mowy, tj. rozwijania kompetencji komunikacyjnej. Personel bowiem mógłby stymulować chorego do czytania dłuższych tekstów w gazetach, udzielania odpowiedzi i formułowania zdań i pytań, opowiadania o sobie, rozmawiania przez telefon czy prowadzenia rozmów w różnych sytuacjach na oddziale szpitalnym. Uzyskany materiał językowy powinien posłużyć profesjonalnej analizie dokonanej przez terapeute, aby w dalszej kolejności pacjent mógł dokonywać opisu obrazków i opowiadania historyjek obrazkowych oraz czytać lub powtarzać wyrazy zawierające interesujące terapeute dźwięki.

STRATEGIA ROZWIJANIA SPRAWNOŚCI JĘZYKOWEJ I WPROWADZANIA ALTERNATYWNEJ KOMUNIKACJI

Zdaniem Tarkowskiego (3) rozwijanie sprawności językowej i wprowadzanie alternatywnej komunikacji pacjenta powinno odbywać się poprzez tworzenie liczby pojedynczej i mnogiej, rozwijanie stosunków przestrzennych, opisywanie przedmiotów i czynności, tworzenie ciągów wyrazowych,

analogii werbalnych czy budowanie zdań z wyrazów podanych w formie językowej.

Podjęcie przez terapeutów mowy szeregu profesjonalnych działań będących konsekwencją powyższych przedstawionych strategii wobec chorego z dyzartrią

jest istotnym elementem szeroko zakrojonej rehabilitacji medycznej. W wielu tych działaniach znajduje się także miejsce dla innych członków zespołu terapeutycznego, w tym personelu pielęgniarskiego, fizjoterapeutów i rehabilitantów.

KONFLIKT INTERESÓW CONFLICT OF INTEREST

Brak konfliktu interesów
None

ADRES DO KORESPONDENCJI

Tadeusz Paweł Wasilewski
Katedra Chirurgii
i Pielęgniarstwa Chirurgicznego
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny w Lublinie
ul. Szkolna 18, 20-884 Lublin
tel. +48 508-285-722
tpwasil67.lublin@wp.pl

nadesłano: 21.08.2017
zaakceptowano do druku: 06.09.2017

PIŚMIENNICTWO

1. Mirecka U: Dyzartria w aspekcie diagnostycznym – typologia zjawisk. [W:] Grabias S, Kurkowski M (red.): Logopedia. Teoria zaburzeń mowy. Wyd. UMCS, Lublin 2012: 527-545.
2. Pąchalska M: Neuropsychologia kliniczna. Urazy mózgu. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
3. Tarkowski Z (red.): Dyzartria. Wydawnictwo Fundacji „Orator”, Lublin 1998.
4. Gustaw K, Mirecka U: Dyzartria w chorobach neurodegeneracyjnych. Skala dyzartrii w diagnozie pacjenta ze zwyrodnieniem mózdkowo-oliwkowym. [W:] Logopedia 27. Polskie Towarzystwo Logopedyczne, Lublin 2000: 131-138.
5. Gustaw K, Mirecka U: Dyzartria jako objaw kliniczny boreliozy. [W:] Logopedia 29. Polskie Towarzystwo Logopedyczne, Lublin 2001: 153-160.
6. Jauer-Niworowska O: Badania osób z dyzartrią w przebiegu choroby Wilsona (wniośki z badań). [W:] Logopedia 36. Polskie Towarzystwo Logopedyczne, Lublin 2007: 267-274.
7. Osiejuk-Łojek E: Deficyty neuropsychologiczne w chorobie Parkinsona. [W:] Herzyk A, Kądziaława D (red.): Związek mózg-zachowanie w ujęciu neuropsychologii klinicznej. Wydawnictwo UMCS, Lublin 1997: 191-216.
8. Grabias S: Mowa i jej zaburzenia. [W:] Logopedia 28. Polskie Towarzystwo Logopedyczne, Lublin 2000: 7-36.
9. Mirecka U: Standard postępowania logopedycznego w przypadku dyzartrii. [W:] Logopedia 37. Polskie Towarzystwo Logopedyczne, Lublin 2008: 233-242.
10. Kądziaława D: Zaburzenia językowe po uszkodzeniu struktur podkorowych mózgu. [W:] Herzyk A, Kądziaława D (red.): Związek mózg-zachowanie w ujęciu neuropsychologii klinicznej. Wydawnictwo UMCS, Lublin 1997: 111-156.
11. Bielak B: Zaburzenia mowy u dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym. Studium przypadku bliźniąt. [W:] Logopedia 27. Polskie Towarzystwo Logopedyczne, Lublin 2000: 161-171.
12. Fabczak M: Wokalistyczna metoda terapia w dyzartrii. Forum Logopedy 2016; 12: 45-46.
13. Pluta-Wojciechowska D: Połykanie jako jedna z niewerbalnych czynności kompleksu ustno-twarzowego. [W:] Logopedia 37. Polskie Towarzystwo Logopedyczne, Lublin 2009: 102-119.
14. Sołtys-Chmielowicz A: Dyslalia-dysglosja. [W:] Grabias S, Kurkowski M (red.): Logopedia. Teoria zaburzeń mowy. Wydawnictwo UMCS, Lublin 2012: 417-430.
15. Stećko E: Rehabilitacja logopedyczna. [W:] Michałowicz R (red.): Mózgowe porażenie dziecięce. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2001.
16. Grabias S: Teoria zaburzeń mowy. Perspektywy badań, typologie zaburzeń, procedury postępowania logopedycznego. [W:] Grabias S, Kurkowski M (red.): Logopedia. Teoria zaburzeń mowy. Wydawnictwo UMCS, Lublin 2012: 15-71.