

LILIANNA KONOPSKA

Uniwersytet Szczeciński
Katedra Pedagogiki Specjalnej

Standard postępowania logopedycznego w przypadku osób z wadą zgryzu

The Standard of Logopedic Treatment in Patients with Occlusion Defects

PREAMBUŁA

Termin standard rozumiany jest jako „poziom towarów lub usług, zwłaszcza spełniający podstawowe wymagania”, „typowy i przeciętny model czegoś” (M. Bańka [red.], 2003, 1174), a także jako „wspólnie ustalone kryterium, określające powszechne i najbardziej pożądane cechy czegoś”¹. Według S. Grabiasa, standard postępowania logopedycznego ma „programować i obrazować przebieg jednostkowej terapii oraz czynić ją mierzalną” (S. Grabias 2008, 4). Standard postępowania logopedycznego rozumiem zatem jako ujednolicone kryteria postępowania, określające podstawowe logopedyczne procedury w odniesieniu do poszczególnych zjawisk logopedycznych².

Opisywana dyslalia pierwotna rozwojowa obwodowa zgryzowa³ ze względu na typ zaburzenia jest dyslalią pierwotną (wadliwość realizacji jest pierwotna wobec prawidłowej kompetencji); ze względu na czas wystąpienia

¹ *Słownik języka polskiego* (wersja on-line), Wydawnictwo Naukowe PWN, źródło strony: <http://sjp.pwn.pl/lista.php?co=standard>, data wejścia na stronę: 21.01.2009 r.

² Zjawisko logopedyczne — to wszelkiego typu i różnego stopnia zakłócenia lub zaburzenia ekspresji lub/i percepcji mowy, utrudniające albo uniemożliwiające komunikację językową. Występowanie zjawiska logopedycznego skłania pacjenta do skorzystania z usług logopedy (J. Janas-Kaszczyk, Z. Tarkowski, 1991).

³ Szczegółowe rozważania dotyczące definiowania jednostki, przyjętej terminologii i klasyfikacji zaburzeń mowy/wymowy zawarto w osobnym artykule opublikowanym w niniejszym tomie *Logopedii* (B. Ostapiuk, L. Konopska, M. Stecewicz, 2008).

jest dyslalią rozwojową (występuje w okresie rozwoju umiejętności artykulacyjnych); ze względu na umiejscowienie przyczyny w anatomicznych strukturach związanych z mówieniem jest dyslalią obwodową; ze względu na czynnik uszkadzający jest dyslalią zgryzową, a ze względu na objaw (stosunek wadliwej głoski do poprawnej fonemowo i fonetycznie realizacji fonemu) może być dyslalią, np. fonetyczną, fonemową, fonetyczno-fonemową. Tak rozumiane zaburzenia realizacyjne w klasyfikacji ICD-10 mogą być zakwalifikowane pod kodem R47 (zaburzenia mowy nigdzie indziej niesklasyfikowane)⁴.

Wady zgryzu definiowane są jako „nieprawidłowości w budowie i czynności jednego lub kilku elementów zespołu twarzowo-szczękowego”. Wśród tych wad wymienia się „tzw. wady zębowe (wpływające w różnym stopniu na zgryz) i znacznie rozleglejsze zaburzenia wzajemnego stosunku obu łuków zębowych — tzw. wady zgryzowe” (A. Masztalerz 1981, 98). W klasyfikacji medycznej ICD-10 nieprawidłowości dotyczące narządu żucia oznaczone są kodem K00. W szczegółowym wykazie jednostek chorobowych wymienia się m.in.: zaburzenia rozwoju i wyrzynania się zębów (K00), próchnicę zębów (K01), a nieprawidłowości zębowo-twarzowe (łącznie z wadami zgryzu) oznaczone są kodem nadrzędnym K07. W grupie K07 wyszczególnione są:

— znaczne nieprawidłowości wymiaru szczęk (kod K07.0), np. rozrost, niedorozwój: szczęki, żuchwy, makro- i mikrognatyzm (szczękowy, żuchwowy);

— nieprawidłowości stosunku szczęk do podstawy czaszki (kod K07.1), w tym: asymetrię szczęk oraz pro- i retrognatyzm (szczękowy, żuchwowy);

— nieprawidłowości stosunku łuków zębowych (kod K07.2), np. zgryz krzyżowy, nadzgryz, przodozgryz, tyłozgryz, zgryz otwarty;

— nieprawidłowości położenia zębów (kod K07.3), np. stłoczenie, diastema, obrót, przemieszczenie, tremy;

— wady zgryzu, nieokreślone (kod K07.4);

— nieprawidłowości czynnościowe zębowo-twarzowe (kod K07.5), np. nieprawidłowe zwieranie szczęk i żuchwy, wady zgryzu wywołane przez nieprawidłowe polykanie, oddychanie przez usta, nawyki języka, wargi lub ssania palca.

⁴ Termin dyslalia w klasyfikacji ICD-10 (kod F.80.0) jest rozumiany w wąskim ujęciu i oznacza jedną z wielu form specyficznych zaburzeń artykulacji (posługiwanie się przez dziecko dźwiękami mowy jest poniżej poziomu odpowiedniego do wieku umysłowego, przy prawidłowym rozwoju pozostałych umiejętności językowych). W tej samej klasyfikacji (kod F.80.8) w kategorii: inne zaburzenia rozwoju mowy i języka w opisie zaburzenia spotykamy się jedynie z określeniem „seplenienie”.

DIAGNOZOWANIE

Diagnostykę logopedyczną (gr. *diagnōstikós* 'umiejący rozpoznawać') rozumiem jako dokonywany przez logopedę proces oceny występujących u człowieka zjawisk logopedycznych na podstawie badania logopedycznego, wywiadu, analizy wyników specjalistycznych badań.

W procesie diagnostycznym osób z nieprawidłowościami zgryzowymi należy wziąć pod uwagę nie tylko odmienne w każdej wadzie zgryzu zmiany morfologiczne, ale i adekwatnie zmienione wzorce czynnościowe wielu grup mięśniowych, a także różne warunki pracy stawów skroniowo-żuchwowych⁵. Ze względu na wspólne środowisko strukturalne narządu żucia i obwodowego aparatu wymowy należy pamiętać, że czynniki (rozwojowe lub genetyczne) uszkadzające narząd żucia, działają także na obwodowy aparat wymowy. Czynniki te występują pojedynczo lub (znacznie częściej) zespołowo, wzajemnie na siebie wpływając. Działają na różne tkanki w różnych okresach rozwojowych z odmienną siłą i czasem trwania, odmienna jest na ich działanie podatność osobnicza, a czasem — odmienny jest także rodzaj powstającego zaburzenia. Ponadto ten sam czynnik uszkadzający (ich zespół) może być przyczyną wady zgryzu i wady wymowy (L. Konopska, 2007).

BADANIE LOGOPEDYCZNE

BADANIE WYMOWY

1. Pierwsze obserwacje dotyczące logopedycznych zjawisk czynione są podczas wstępnego badania. Na tym etapie dokonywana jest zazwyczaj ogólna ocena, np.: poziomu rozumienia mowy, wypowiedzi (ilościowa, jakościowa), płynności i tempa mówienia, cech głosu, uzyskiwane są także niektóre dane z wywiadu.

2. Zasadnicze badanie jakości wymowy logopeda przeprowadza na drodze słuchowo-wzrokowej obserwacji dźwiękowych realizacji fonemów (zewnątrz-, wewnątrzustnej) w odniesieniu do przyjętego systemu fonemowego współczesnej polszczyzny (zgodność fonemowa) oraz zawartych w nim opisów głosek podstawowych i kombinatorycznych (zgodność fonetyczna). Niekiedy uzupełnieniem słuchowo-wzrokowej obserwacji jest badanie palpacyjne (dotykowe, czuciowe).

3. Zastosowane narzędzia badawcze (kwestionariusze, testy artykulacyjne, test do badania słuchu fonemowego, karty badań) winny być zgodne z przyjętym systemem fonemowym.

⁵ W nielicznych opisach nieprawidłowości zgryzowych zawartych w polskim piśmiennictwie logopedycznym wady zgryzu są przedstawiane jako izolowane zmiany morfologiczne.

4. Podczas oceny budowy artykulacyjnej głosek należy wykorzystać istniejące szpary zgryzowe, szpary związane z wyrzynaniem i/lub brakiem zębów. W razie potrzeby należy nieznacznie odwieść żuchwę, rozchylić wargi.

5. Ocena jakości wymowy przebiega w toku bezpośredniej logopedycznej obserwacji spontanicznych wypowiedzi badanego, podczas prób powtarzania głosek w izolacji, w logotomach, w wyrazach, w zautomatyzowanych ciągach słownych.

6. W ocenie jakości wymowy osób z wadą zgryzu należy zwrócić uwagę na ruchy i pozycję żuchwy podczas mówienia, ruchy warg i niepożądane kontakty warg z siekaczami.

OCENA BUDOWY I CZYNNOŚCI OBWODOWEGO APARATU WYMOWY

Logopeda przeprowadza badanie budowy i czynności obwodowego aparatu wymowy:

- 1) w pozycji spoczynkowej,
- 2) przy rozwartych łukach zębowych,
- 3) w pozycji zwarcia centralnego.

Ad 1. W pozycji spoczynkowej ocenie podlega tor oddechowy, pozycja spoczynkowa języka, sposób polykania.

Ad 2. Przy rozwartych łukach zębowych ocenie podlega kształt obu łuków zębowych, rodzaj i stan uzębienia, budowa podniebienia twardego, język (budowa, ruchomość), wędzidełko języka, wielkość migdałków podniebiennych, ruchomość podniebienia miękkiego.

Ad 3. W zwarcu centralnym, w odniesieniu do fazy rozwojowej narządu żucia, ocenie podlegają wewnętrzne warunki zgryzowe. W procesie diagnozowania należy uwzględnić ocenę: nagryzu pionowego i poziomego, sposobu zachodzenia górnych siekaczy na dolne, zgodności linii pośrodkowej siekaczy z linią pośrodkową twarzy, sposobu zachodzenia zębów w górnym łuku zębowym na zęby w łuku dolnym. Pożądana jest również ocena przebiegu linii Bauma w uzębieniu mlecznym, klasy Angle'a w uzębieniu mieszanym i stałym oraz ocena punktów styčných i triad.

Uzupełnieniem badania wewnątrzustnego jest ocena zewnątrzustnych warunków zgryzowych, jak: uwypuklenie tkanek miękkich, pogłębienie/wygładzenie bruzdy bródkowej, skośność profilu, wysunięcia/wywnięcia w obrębie warg, skrócenia/wydłużenia dolnego odcinka twarzy w porównaniu do odcinka nosowego, niepożądany spoczynkowy kontakt siekaczy z wargami.

WYWIAD

W oparciu o wywiad logopeda ustala dane ogólne i szczegółowe (w zależności od potrzeb) dotyczące:

- 1) danych socjodemograficznych,
- 2) rozwoju psychofizycznego,
- 3) rozwoju mowy,
- 4) uwarunkowań genetycznych i środowiskowych,
- 5) rozwojowego przebiegu funkcji pokarmowej i połykania,
- 6) parafunkcji,
- 7) stanu zdrowia i specjalistycznej opieki lekarskiej (np. laryngologicznej),
- 8) specjalistycznej opieki ortodontycznej,
- 9) dotychczasowej opieki logopedycznej,
- 10) badań psychologiczno-pedagogicznych.

ANALIZA WYNIKÓW BADAŃ SPECJALISTYCZNYCH

Specjalistyczne wyniki badań, a zwłaszcza badań laryngologicznych, alergologicznych, pulmonologicznych, foniatrycznych są istotnym warunkiem planowania terapii w przypadku nieprawidłowego toru oddechowego, spoczynkowej pozycji języka i sposobu połykania. Celem tych badań jest ocena drożności górnych dróg oddechowych jako *conditio sine qua non* normalizacji wymienionych dysfunkcji.

DIAGNOZA RÓŻNICOWA

Osiowymi objawami dyslalii pierwotnej rozwojowej obwodowej zgryzowej wobec innych zaburzeń są zaburzenia realizacyjne współwystępujące z nieprawidłowościami zgryzowymi, przy jednoczesnym braku kompetencyjnych zaburzeń.

W populacji dzieci i osób dorosłych wady zgryzu występują relatywnie często, mogą więc współwystępować ze wszystkimi zaburzeniami mowy. Zakres i złożoność obserwowanych logopedycznych zjawisk będzie się zmieniał m.in. w zależności od umiejscowienia w anatomicznych strukturach, istotnych dla tworzenia i prawidłowego funkcjonowania języka — przyczyny wywołującej te zjawiska. Z logopedycznej praktyki wynika, że u osób z wadą zgryzu dość często występuje skrócone wędzidełko języka. W takich przypadkach należy stwierdzić mieszany typ dyslalii — dyslalię ankyloglosyjno-zgryzową. W diagnozie różnicowej, przy przerostach i powiększeniach

w obrębie pierścienia Waldeyera, należy uwzględnić możliwość występowania niewielkiego stopnia niedosłuchu przewodzeniowego (badanie audiologiczne).

ROZPOZNANIE LOGOPEDYCZNE

Kończącym etapem ogółu czynności, które wykonuje logopeda w procesie diagnostycznym, jest postawienie logopedycznej diagnozy (gr. *diagnosis* 'rozpoznanie'), weryfikowanej w toku logopedycznego postępowania. Logopedyczna diagnoza przypadku jest dopełniona rozpoznaniem ortodontycznym i wynikami specjalistycznych badań.

W odniesieniu do osób z dyslalią zgryzową obraz przypadku powinien zawierać:

- 1) szczegółowy opis stwierdzonych „zjawisk dyslalicznych”⁶,
- 2) ocenę słuchu fonemowego (poza dyslalią fonetyczną),
- 3) rodzaj nieprawidłowości zgryzowych,
- 4) opis dodatkowych nieprawidłowości anatomicznych,
- 5) ocenę sprawności narządów artykulacyjnych,
- 6) rodzaj stwierdzonych dysfunkcji i parafunkcji
- 7) dodatkowe dane istotne w określonym przypadku.

PROGRAMOWANIE TERAPII (RAMOWY PROGRAM)

CELE POSTĘPOWANIA LOGOPEDYCZNEGO

Głównym celem postępowania logopedycznego jest ukształtowanie i utrwalenie w mowie spontanicznej normatywnych dźwiękowych realizacji fonemów.

STRATEGIE I METODY POSTĘPOWANIA

Logopedyczną procedurą określającą terapeutyczne postępowanie są działania polegające na usprawnianiu dźwiękowych realizacji fonemów, dostosowane do percepcyjnych i realizacyjnych możliwości każdego pacjenta.

⁶ Termin użyty za: H. Mierzejewska, M. Przybysz-Piwkova, *Rozważania na temat terminologii logopedycznej*, [w]: *Rozwój poznawczy i rozwój językowy dzieci z trudnościami w komunikacji werbalnej. Diagnozowanie i postępowanie usprawniające. Materiały z konferencji zorganizowanej w Warszawie, w dniach 1-3 czerwca 1996 r., opublikowane przez Wydział Polonistyki UW i TKJ*, red. H. Mierzejewska, M. Przybysz-Piwkova, Warszawa 1996, s. 183.

ORGANIZACJA POSTĘPOWANIA

Podstawową formą terapii są zajęcia indywidualne. Częstotliwość zajęć uzależniona jest od przyjętego szczegółowego planu terapii oraz od etapu normalizacji (kształtowanie/utrwalanie) różnych sprawności. Na etapie kształtowania wskazane są zajęcia cotygodniowe, a na etapie utrwalania jedno, dwa miesięcznie. Czas trwania jednostki 30–45 minut. Pożądane jest uczestnictwo osób dorosłych w zajęciach logopedycznych z dziećmi w wieku przedszkolnym i szkolnym, celem prawidłowej i systematycznej kontynuacji logopedycznych zaleceń i ćwiczeń w środowisku wychowawczym dziecka.

U dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym logopedyczna terapia najczęściej poprzedza zastosowanie w ortodontycznym leczeniu ruchomego aparatu ortodontycznego.

POSTĘPOWANIE TERAPEUTYCZNE

SFORMUŁOWANIE SZCZEGÓŁOWEGO PROGRAMU TERAPII

Program logopedycznej terapii jest indywidualnie uwarunkowany, m.in. rodzajem i stopniem nasilenia zjawisk dyslalicznych, rodzajem i stopniem nasilenia wady zgryzu, możliwością usunięcia/pomniejszenia dysfunkcji, parafunkcji, dodatkowych nieprawidłowości anatomicznych. Ze względu na najczęściej nabyty charakter wad zgryzu usunięcie/pomniejszenie stwierdzonych nieprawidłowości warunkuje także efektywność ortodontycznego leczenia (wspólne uwarunkowania wad zgryzu i wad wymowy).

W przypadku dyslalii zgryzowej należy uwzględnić istniejące możliwości i ograniczenia anatomiczno-czynnościowe w obrębie narządu żucia, zmieniające się sukcesywnie podczas ortodontycznego leczenia, operacji ortognatycznych (równoległość i etapowość postępowania ortodontyczno-logopedycznego).

Z logopedycznej praktyki wynika, że osoby z dyslalią zgryzową najczęściej wymagają normalizacji:

- 1) toru oddechowego,
- 2) spoczynkowej pozycji języka,
- 3) sposobu połykania,
- 4) ruchomości języka,
- 5) pozycji i ruchów oddechowo-fonacyjno-artykulacyjnych,
- 6) pozycji i ruchów artykulacyjnych żuchwy.

Ćwiczenia logopedyczne prowadzone są bez obecności w jamie ustnej ruchomych aparatów ortodontycznych. U dzieci w wieku przedszkolnym z ruchomym górnym uzupełnieniem protetycznym (przedwczesna utrata

zębów mlecznych) programowanie normatywnych ruchów artykulacyjnych odbywa się z założonym uzupełnieniem protetycznym, a przy występujących trudnościach w zaprogramowaniu poszczególnych pozycji i ruchów narządu artykułującego względem miejsca artykulacji, także i bez protezy.

OKRESOWA OCENA POSTĘPÓW TERAPII

Proces normalizacji zaburzonych czynności poddawany jest sukcesywnej ocenie pod względem efektywności podjętych działań terapeutycznych, a także wykonywania przez pacjenta w warunkach domowych logopedycznych zaleceń i ćwiczeń.

WERYFIKACJA HIPOTEZ DIAGNOSTYCZNYCH

W procesie terapeutycznym należy uwzględniać nowe dane o pacjencie, wyniki badań specjalistycznych wykonane w trakcie trwania terapii (mogące mieć wpływ na postawioną diagnozę), a także zmiany w obrębie narządu zucia dokonujące się pod wpływem ortodontycznego leczenia.

MODYFIKACJA PROGRAMU TERAPII

Na zaplanowaną w logopedycznej terapii kolejność normalizacji stwierdzonych zaburzeń mogą mieć wpływ stale aparaty ortodontyczne stosowane w przypadku poszerzania szczęki, rozsuwania szwu podniebiennego, a także operacje ortognatyczne (np. osteotomii żuchwy, szczęki).

PROWADZENIE DOKUMENTACJI TERAPII

Dokumentacja logopedycznej terapii prowadzona jest zgodnie z rodzajem dokumentacji obowiązującej w danej placówce (oświatowej, zdrowotnej, kulturalnej), gabinecie logopedycznym. Podstawowymi dokumentami są karta badań pacjenta, dokumentacja fotograficzna, dokumentacja wideo, zeszyt logopedycznych ćwiczeń i zaleceń.

BIBLIOGRAFIA

- Grabias S., 2000, *Mowa i jej zaburzenia*, „Logopedia”, 28, Lublin.
Grabias S., 2008, „Biuletyn Logopedyczny ZG PTL”, 1/2008, Lublin.
Janas-Kaszczuk J., Tarkowski Z., 1991, *O metodologii logopedii. Wprowadzenie do badań nad teorią i metodą logopedii*, Lublin.
Kaczmarek L., 1981, *Program studiów logopedycznych*, Lublin.
Konopska L., 2007, *Wymowa osób z wadą zgryzu*, Szczecin.
Masztalerz A., 1981, *Zarys ortopedii szczękowej (ortodoncji)*, Warszawa.

- Mierzejewska H., Przybysz-Piwkova M., 1996, *Rozważania na temat terminologii logopedycznej*, [w:] *Rozwój poznawczy i rozwój językowy dzieci z trudnościami w komunikacji werbalnej. Diagnozowanie i postępowanie usprawniające. Materiały z konferencji zorganizowanej w Warszawie, w dniach 1-3 czerwca 1996 r. opublikowane przez Wydział Polonistyki UW i TKJ*, red. H. Mierzejewska, M. Przybysz-Piwkova, Warszawa.
- Ostapiuk B., Konopska L., Stecewicz M., 2008, *Preambuła terminologiczna do standardów logopedycznego postępowania w przypadku wadliwej wymowy — dyslalia czy dysglosja*, „Logopedia”, 37, Lublin.
- Wielki słownik wyrazów obcych*, 2003, red. M. Bańka, Warszawa.