

TOMASZ WOŹNIAK

Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin
Zakład Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego

Standard postępowania logopedycznego w przypadku gielkotu

The Standard of Logopedic Treatment in Cluttering

DIAGNOZOWANIE

Podobnie jak w przypadku jąkania, zasadniczą sprawą w stawianiu diagnozy gielkotu jest przyjęcie odpowiedniej definicji tego zaburzenia. W przypadkach obu tych zaburzeń mowy mamy do czynienia z zaburzeniami płynności mówienia, ale obraz kliniczny obu jednostek różni się jakością ich objawów i przebiegu. Różne są także przyczyny wywołujące gielkot i jąkanie. W niektórych klasyfikacjach zaburzeń mowy gielkot zalicza się nawet do innej grupy i traktuje jako zaburzenie mowy w sensie systemowym (*language*) w przeciwieństwie do jąkania traktowanego jako zaburzenie realizacji mówienia (*speech*).

Odmienne powinno być postępowanie terapeutyczne w przypadku obu tych jednostek zaburzeń mowy.

Analiza różnych prób definiowania gielkotu prowadzi do wniosku, że najlepszym rozwiązaniem z punktu widzenia praktyki jest traktowanie gielkotu jako syndromu, którego przejawy dotyczą różnych zachowań ludzkich. Takie potraktowanie zagadnienia wymaga kompleksowego diagnozowania i wielostronnej terapii.

Definicja: gielkot (ICD-10 F98.6, ICD-9307.0) jest zaburzeniem płynności mówienia związanym z szybkim i nieregularnym tempem mówienia. Objawy niepłynności mówienia w większości różnią się od objawów w jąkaniu i polegają głównie na niespastycznych powtórzeniach, dźwiękach wtrąconych. Objawom tym towarzyszą zaburzenia koartykulacji.

Niepłynności mówienia towarzyszą objawy opisywane na płaszczyźnie językowej, psychicznej i neurofizjologicznej. Na płaszczyźnie językowej jest to obniżona spójność gramatyczna i semantyczna wypowiedzi. Na płaszczyźnie psychicznej: słaba koncentracja, wąski zakres uwagi, osłabiona zdolność wsłuchiwania się, natłok myśli, nadpobudliwość, nieświadomość doświadczanych trudności. Na płaszczyźnie neurofizjologicznej są to nieprawidłowości w zapisie EEG.

Przyczyny:

- dziedziczne,
- organiczne (zaburzenia na poziomie centralnego układu nerwowego, „centralne zaburzenie mowy”),
- wieloczynnikowe.

Wśród przyczyn wywołujących gielkot najbardziej znane są teorie wiążące fakt występowania tego zaburzenia z dziedzicznością oraz obserwowanymi zmianami w funkcjonowaniu mózgu. W praktyce napotykamy także przypadki gielkotu spowodowane prawdopodobnym działaniem czynników szkodliwych w okresie prenatalnym i perinatalnym.

Generalnie za przyczynę powstawania niepłynności wypowiedzi można uznać słabszą integrację procesów programowania wypowiedzi i/lub deficyt jej kontroli. Możliwe jest wówczas objaśnienie bardzo szybkiego tempa wypowiedzi, licznych powtórzeń i błędów, gorszego funkcjonowania uwagi słuchowej. Deficyt kontroli może także częściowo objaśniać przeważający brak świadomości występujących trudności.

BADANIE LOGOPEDYCZNE

W celu zdiagnozowania gielkotu wykonujemy następujące czynności diagnostyczne:

- a) ocenę płynności mówienia,
- b) ocenę symptomów towarzyszących,
- c) ocenę czynności pisania,
- d) wywiad,
- e) inne badania specjalistyczne, jeśli są wskazane.

Ad a. Aby ocenić płynność mówienia, dokonujemy oceny symptomów niepłynności pod względem ilościowym (ocena sylabowa lub wyrazowa) i jakościowym, w następujących badaniach cząstkowych:

- badanie realizacji ciągów zautomatyzowanych;
- badanie realizacji wypowiedzi podczas czytania lub nazywania obrazków (u dzieci nieumiejących czytać);
- badanie czynności powtarzania;

- badanie realizacji wypowiedzi podczas swobodnej rozmowy (dialog);
- badanie realizacji wypowiedzi narracyjnej.

Ad b. Aby ocenić symptomy towarzyszące niepełności mówienia, w trakcie badania poddajemy obserwacji następujące czynności i objawy:

- oddychanie;
- fonację;
- artykulację i koartykulację;
- tempo mówienia;
- sposób budowy tekstu;
- współruchy (tiki);
- zachowania niewerbalne;
- fizjologiczne objawy stresu.

Ad c. Ocena powinna uwzględniać przede wszystkim ogólną estetykę pisma, nietypowe błędy dotyczące przestawek, opuszczeń i powtórzeń liter i sylab.

Ad d. Wywiad powinien uwzględniać następujące aspekty:

- historię występowania objawów gielkotu oraz ocenę roli zaburzenia w życiu pacjenta;
- uwarunkowania genetyczne;
- przebieg ciąży i porodu;
- zdrowie pacjenta;
- uwarunkowania społeczne (sytuacja rodzinna, szkolna, zawodowa itp.).

Ad e. W ramach innych badań specjalistycznych logopeda może przeprowadzić:

- ocenę realizacji wypowiedzi przy użyciu DAF, FAF;
- badanie różnicowania słuchowego wyrazów;
- ocenę analizy i syntezy słuchowej;
- badanie lateralizacji;
- badanie kwestionariuszami lub skalami oceniającymi poziom logofobii;
- ocenę innych zachowań komunikacyjnych niż wymienione w pkt. a i b;
- ocenę innych aspektów osobowości pacjenta.

ANALIZA WYNIKÓW BADAŃ SPECJALISTYCZNYCH

W ramach diagnozowania jąkania logopeda powinien zapoznać się z wszelką dostępną dokumentacją medyczną, psychologiczną i pedagogiczną dotyczącą diagnozowanej osoby. W przypadku gielkotu szczególnie istotne jest badanie EEG.

Wnioski wynikające z analizy dokumentacji powinny być wyraźnie uwzględnione w końcowej diagnozie.

DIAGNOZA RÓŻNICOWA

Gielkot ujawnia się zwykle w dzieciństwie, w okresie rozwoju mowy, jego przebieg jest z reguły stały. W okresie dojrzewania i dorosłości może dojść do częściowego zmniejszenia nasilenia objawów tego zaburzenia.

Zaburzeniami mowy, których objawy mogą przypominać gielkot są: **jąkanie, opóźniony rozwój mowy (ORM), ADHD (zespół zaburzeń uwagi i zachowania).**

Największe podobieństwo do gielkotu zdradza jąkanie. Zasady diagnozy różnicowej jąkania i gielkotu pokazuje tabela 1. Należy zaznaczyć, że napotykamy przypadki jąkania formujące się na podstawie gielkotu, nigdy nie opisano odwrotnego kierunku.

Ponadto różnicowania wymaga **gielkot i opóźniony rozwój mowy (ORM)**, ze względu na ogólne trudności w budowie wypowiedzi, w tym związane także z nie płynnością i zaburzeniami artykulacji. Podstawy odróżniania gielkotu i ORM ukazane są w tabeli 2.

W przypadku różnicowania z **ADHD** zwraca się uwagę na podobieństwo zaburzeń zachowania i uwagi występujących także w gielkocie. Podobieństwo wykazują także wyniki EEG wskazujące na dysrytmie w okolicy grzbietowej i bocznej w zespołach ADHD i gielkocie.

Decydującym czynnikiem odróżniającym jest występowanie objawów: szybkiego tempa mowy, specyficznej nie płynności i innych trudności językowych występujących tylko w gielkocie.

ROZPOZNANIE LOGOPEDYCZNE

Rozpoznanie logopedyczne gielkotu powinno przede wszystkim uwzględnić:

a) w odniesieniu do nie płynności:

— kryteria ilościowe (norma w próbie sylabowej: 2% dla dorosłych, 3% dla dzieci, maksymalnie do 5%);

— kryteria jakościowe: niespastyczne powtórzenia i pauzy, wtrącenia dźwięków;

b) w odniesieniu do symptomów towarzyszących nie płynności:

— brak spastyczności;

— szybkie tempo mówienia;

— nadpobudliwość psychoruchową;

Tab. 1. Podstawy odróżniania jąkania i gielkotu

Jąkanie	Gielkot
Świadomość występowania zaburzenia. Duża rola zaburzenia w życiu pacjenta. W obrazie zachowania dominuje wzmożona kontrola.	Przeważa brak świadomości występowania zaburzenia. Mała rola zaburzenia w życiu pacjenta. Często nadpobudliwość psychomotoryczna i impulsywność.
Logofobia.	Brak logofobii.
Przeważnie normalne tempo mówienia, przyspieszenia i zwolnienia tylko w momentach nie płynności.	Stale przyspieszone tempo mówienia.
Dominujące objawy nie płynności to: przeciągnięcia, bloki, powtórzenia dźwięków.	Dominujące objawy nie płynności to powtórzenia i nadużywanie dźwięków wtrąconych.
Brak zaburzeń artykulacji.	Obniżona precyzja artykulacyjna.
Spastyczność.	Brak spastyczności.
Budowanie spójnych wypowiedzi.	Obniżona spójność gramatyczna i semantyczna wypowiedzi.
Dobre umiejętności słuchania rozmówcy. Dobra koncentracja uwagi, prawidłowe rozumienie tekstu.	Niskie umiejętności słuchania rozmówcy. Częste przerywanie konwersacji, fragmentaryczny odbiór tekstu, trudności w koncentracji uwagi.
Nasilenie objawów w sytuacji wymagającej kontroli.	Zmniejszenie objawów w sytuacji wymagającej kontroli.
Zapis EEG przeważnie prawidłowy.	Zapis EEG przeważnie nieprawidłowy.

Tab. 2. Podstawy odróżniania gielkotu i ORM

Gielkot	Opóźniony rozwój mowy
Liczba nie płynności przekracza 5% w próbie sylabowej.	Liczba nie płynności nie przekracza 5% w próbie sylabowej.
Szybkie tempo mówienia.	Normalne lub wolniejsze tempo mówienia.
Nadpobudliwość, zaburzenia uwagi.	Zachowanie przeważnie bez cech nadpobudliwości i deficytów uwagi.
Zapis EEG przeważnie nieprawidłowy.	Zapis EEG przeważnie prawidłowy.

- zaburzenia artykulacji (ogólne obniżenie wyrazistości artykulatoryjnej);
- zaburzenia poprawności gramatycznej wypowiedzi;
- chaotyczność wypowiedzi;
- trudności w czytaniu;
- c) w odniesieniu do pisma stwierdzenie obniżonego poziomu estetyki pisma i specyficznych trudności w pisaniu;
- d) i e) w odniesieniu do danych uzyskanych z wywiadu i innych badań:
 - stwierdzone występowanie gielkotu w rodzinie;
 - stwierdzony wzrost objawów w łatwiejszych i trudnych emocjonalnie sytuacjach, przy czasowym spadku nasilenia objawów w sytuacjach wymagających kontroli zachowania;
 - wyrażane przez pacjenta niewielkie zainteresowanie problemem niepełności w życiu;
 - stwierdzone zachowania zdradzające deficyty uwagi;
 - stwierdzenie patologii w zapisie EEG oraz innych organicznych zmian i zaburzeń, np. nabytych urazów, mikrodysfunkcji mózgowych, zaburzeń metabolicznych itp.

Stwierdzenie występowania niepełności mówienia spełniającej kryteria występujące w pkt. a, która utrzymuje się stale, wraz z towarzyszącymi objawami opisanymi w pkt. b, c, d i e, pozwala na zdiagnozowanie gielkotu.

PROGRAMOWANIE TERAPII. RAMY PROGRAMU TERAPEUTYCZNEGO

Program terapeutyczny powinien być dostosowany indywidualnie do każdego pacjenta, powinien uwzględniać przyczyny zaburzenia, a także specyfikę objawów w danym przypadku.

1. Cele postępowania logopedycznego.

Celem postępowania terapeutycznego powinno być usunięcie lub złagodzenie objawów występujących w gielkocie.

a. W odniesieniu do zaburzeń językowych wyróżniamy następujące cele:

- ukształtowanie płynności mówienia;
- zwolnienie tempa mówienia;
- ukształtowanie poprawnej dykcji;
- opanowanie budowania poprawnych tekstów;
- usunięcie trudności w czytaniu i pisaniu.

b. W odniesieniu do objawów psychicznych wyróżniamy dwa podstawowe cele:

- zwiększenie kontroli zachowania;
- zwiększenie koncentracji uwagi i poszerzenie jej zakresu.

2. Strategie i metody postępowania.

W przypadku osób z gielkotem należy zwrócić uwagę na naczelnne zasady strategii postępowania terapeutycznego i wskazać główne metody terapii.

a. Strategie postępowania:

- skierowanie uwagi pacjenta na proces mówienia;
- oddziaływanie kompleksowo na wszystkie objawy gielkotu;
- korzystanie w terapii z pomocy innych specjalistów pożądane jest, jeżeli zachodzi taka potrzeba.

b. Metody postępowania:

- metody kształtowania płynności mowy i zwalniania jej tempa (rytmizacja mówienia, mowa chóralna, przeciąganie samogłosek);
- metody kształtowania poprawnej wymowy głosek;
- metody usuwania trudności w czytaniu i pisanii;
- ćwiczenia budowania opowiadań i opisów;
- ćwiczenia leksykalne;
- metody usprawniające różnicowanie słuchowe;
- metody usprawniające analizę i syntezę słuchową;
- ćwiczenia koncentracji uwagi;
- trening kontroli zachowania.

3. Organizacja postępowania.

Należy podkreślić duże zróżnicowanie przebiegu terapii osób z gielkotem w zależności od potrzeb pacjenta i użytych metod terapeutycznych. Z reguły postępowanie jest dłuższe niż w przypadku jąkania. Jako standardowe postępowanie trzeba przyjąć:

- minimum 1–2 spotkania poświęcone diagnozie;
- częstotliwość spotkań terapeutycznych: minimum dwa 30-minutowe spotkania na tydzień, z możliwością ich połączenia;
- terapia może być indywidualna i grupowa w zależności od metody;
- codzienne wykonywanie zalecanych ćwiczeń przez pacjenta;
- czas terapii: minimum 6 miesięcy;
- w terapii należy uwzględnić etapowość: ćwiczenia w gabinecie, przeniesienie efektów w sytuacje pozagabinetowe, utrwalenie wyników terapii;
- kontrola wyników terapii do 6 miesięcy od jej zakończenia.

POSTĘPOWANIE TERAPEUTYCZNE

1. Sformułowanie szczegółowego programu terapii — należy dostosować program terapii do wymagań pacjenta w każdym indywidualnym przypadku.

2. Organizacja terapii — w zależności od metody terapii.

3. Prowadzenie dokumentacji terapii (konieczne) dotyczącej diagnozy, terapii i oceny oddziaływań terapeutycznych.

4. Okresowa ocena postępów terapii — po jej zakończeniu oraz do 6 miesięcy od jej zakończenia wybraną metodą.

5. Weryfikacja hipotez diagnostycznych — w trakcie trwania terapii należy ciągle uwzględniać zdobywane dane dotyczące zachowań pacjenta w celu potwierdzenia lub modyfikacji diagnozy oraz oceny skuteczności wybranej metody terapii.

6. Modyfikacja programu terapii (jeśli zachodzi taka konieczność).

Terapia pacjentów z gielkotem jest trudna ze względu na ich braki w zakresie kontroli zachowania i obniżony krytycyzm w odniesieniu do własnych wypowiedzi. Stosunkowo łatwo osiągnąć można płynność wypowiedzi pacjenta w czasie ćwiczeń, trudno natomiast ukształtować nawyk płynnego mówienia. Szczególną wagę należy zatem przyłożyć do systematyczności i dokładności ćwiczeń.

Trudne jest także kształtowanie zdolności językowych w zakresie samodzielnego budowania poprawnych i spójnych tekstów. Ćwiczenia w tym zakresie zajmują zwykle więcej czasu.

Uwagi te powinno się uwzględniać przy programowaniu i modyfikacji postępowania terapeutycznego.