

URSZULA MIRECKA

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

Standard postępowania logopedycznego w przypadku dyzartrii

The Standard of Logopedic Treatment in Dysarthria

Dyzartria należy do słabiej opracowanych zaburzeń mowy nie tylko w polskim piśmiennictwie logopedycznym, ale także foniatrycznym, neurologicznym, neuropsychologicznym. Informacje na temat zaburzeń dyzartrycznych w publikacjach z wymienionych dyscyplin pochodzą w dużej mierze z literatury obcej, co wiąże się zapewne z tym, że dotychczas w Polsce badania nad dyzartrią prowadzone były w dość ograniczonym zakresie.

Dyzartria traktowana jest często po macoszemu również w programach studiów logopedycznych i przekłada się to, niestety, na poziom wiedzy absolwentów, a w konsekwencji niezbyt wysoką kompetencję wielu logopedów w prowadzeniu procesu diagnostyczno-terapeutycznego pacjenta z zaburzeniami dyzartrycznymi.

Pewne niebezpieczeństwa w postępowaniu logopedycznym wynikać mogą z postrzegania problemu dyzartrii głównie w kontekście trudności artykulacyjnych i marginesowego traktowania dysfunkcji oddechowych oraz fonacyjnych — takie podejście nie należy do rzadkości. Przykład wąskiego rozumienia terminu dyzartria odnajdujemy w objawowej klasyfikacji zaburzeń mowy L. Kaczmarka (1975, 1980), w której uznana ona została za rodzaj dyslalii, czyli wadliwej realizacji fonemów, uwarunkowanej uszkodzeniami ośrodków i dróg nerwowych, i określona mianem dyslalii centralnej. Większość współczesnych badaczy definiuje jednak ten termin szerzej, na przykład S. Grabias (2000, 33) jako zaburzenia realizacji fonemów i ciągu fonicznego: „anartria i dyzartria (...) ujawniają się albo w postaci braku możliwości realizacyjnych, albo w niewłaściwej realizacji fonemów i zabu-

rzonej realizacji niemal wszystkich prozodycznych komponentów ciągu fonicznego (rytmu, natężenia dźwięków, tempa mówienia, intonacji, akcentowania itp.)”.

Rozbieżności stanowisk zaznaczają się także w kwestii etiologii dyzartrii. O ile zgodnie wskazuje się jako przyczyny zaburzeń dyzartrycznych uszkodzenia, dysfunkcje w obrębie struktur układu nerwowego odpowiedzialnych za ruchowy aspekt mowy, to nie ma jednomyślności odnośnie do szczegółów ich lokalizacji. Różnice poglądów dotyczą głównie uszkodzeń korowych ośrodków ruchowych — niektórzy badacze (np. I. Styczek, 1980) uznają je za podłoże jednego z rodzajów dyzartrii (korowej), inni (np. A. Lewandowski, Z. Tarkowski, 1989) są zdania, że uszkodzenia tych obszarów są typowe dla afazji, zaburzają bowiem funkcję programującą, a nie wykonawczą. Kontrowersji nie budzi lokalizacja uszkodzeń w obrębie szlaków piramidowych, jąder podkorowych i szlaków pozapiramidowych, mózdzku, jąder nerwów czaszkowych oraz odchodzących od nich ruchowych nerwów obwodowych zaopatrujących mięśnie aparatu mowy.

Kolejna kwestia dotyczy wyodrębniania dwu postaci zaburzenia: dyzartrii i anartrii albo jednej tylko: dyzartrii. W pierwszym przypadku wskazane terminy różnicować mają głębokość trudności w mówieniu — anartria oznacza wówczas maksymalne nasilenie objawów (najczęściej określane w literaturze jako brak możliwości wytwarzania dźwięków mowy lub mowa skrajnie niezrozumiała), a dyzartria mniejszy (niż w anartrii) ich poziom. W przypadku przyjęcia jednego terminu: dyzartria, stosuje się go niezależnie od głębokości zaburzenia.

Pojawiające się w publikacjach logopedycznych, medycznych i psychologicznych dwa sposoby zapisu terminu dyzartria/dysartria odnajdujemy także w słowniku ortograficznym Polańskiego (2002). Wersja pisowni przez „z” wydaje się jednak bardziej zakorzeniona w polskiej tradycji — począwszy od W. Ołtuszewskiego (aczkolwiek stosowany przezeń termin „dyzartrya” miał znacznie szerszy niż obecnie zakres pojęciowy), poprzez L. Kaczmarka, po S. Grabiasa.

Proponując — w ramach standaryzacji postępowania logopedycznego — przyjęcie jednego terminu: dyzartria (bez wyróżniania anartrii), definiuję go w sposób następujący:

Dyzartria to zaburzenie na poziomie wykonawczym ruchowego mechanizmu mowy, spowodowane uszkodzeniami centralnego bądź obwodowego układu nerwowego, a przejawiające się dysfunkcjami w obrębie aparatu oddechowego, fonacyjnego i artykulacyjnego, skutkującymi zniekształceniami substancji fonicznej wypowiedzi w płaszczyźnie segmentalnej oraz suprasegmentalnej; zaburzenia realizacji fonemów i organizacji prozodycznej ciągu

fonicznego mają różny zakres i nasilenie — w skrajnych przypadkach polegają na niemożności wytwarzania dźwięków mowy.

I. DIAGNOZOWANIE

1. Badanie logopedyczne pierwszoplanowo obejmować powinno takie sfery, jak:

- artykulacja,
- prozodia,
- fonacja,
- oddychanie,
- motoryka narządów mowy.

2. Analiza wyników badań specjalistycznych:

— lekarskich — głównie neurologicznych (stan układu nerwowego, schorzenia neurologiczne), ale także foniatrycznych (stan i funkcjonowanie więzadeł głosowych, mięśni pierścienia zwierającego gardło) i audiologicznych (w przypadku podejrzenia uszkodzeń narządu słuchu),

— psychologicznych (ocena funkcji poznawczych) — szczególnie dla potrzeb diagnozy różnicowej oraz w sytuacji decyzji dotyczącej wprowadzenia alternatywnego systemu porozumiewania się.

3. Kryteria diagnostyczne dyszartrii:

— objawy osiowe:

- a) dysfunkcje oddechowe (główne symptomy: skrócona faza wydechu, osłabiona kontrola siły wydychanego powietrza),
- b) dysfunkcje fonacyjne (główne symptomy: głos z trudem wydobywany, o nieprawidłowym brzmieniu, osłabiona kontrola wysokości i natężenia głosu),
- c) dysfunkcje artykulacyjne i rezonansowe (główne symptomy: zaburzenia napięcia mięśniowego i ruchów narządów artykulacyjnych, deformacje głosek, upraszczanie grup spółgłoskowych, „zamazana” wymowa, częsta hipernosowość),
- d) zakłócenia prozodii (główne symptomy: dyskoordynacja oddechowo-fonacyjno-artykulacyjna przejawiająca się mówieniem na wdechu lub resztkami powietrza, krótkie frazy, zaburzone tempo mówienia, zaburzenia intonacji i akcentu),

— uwarunkowania:

- a) nieprawidłowości funkcjonowania układu nerwowego — wynikające ze strukturalnych i czynnościowych zmian w obrębie neuronu ruchowego

wego ośrodkowego, neuronu ruchowego obwodowego, układu pozapiramidowego, mózdzku i dróg mózdkowych.

4. Diagnoza różnicowa.

Symptomy dyzartrii mogą być podobne do objawów zaburzeń ruchowych obserwowanych w innych jednostkach — dotyczy to głównie izolowanych dysfunkcji, rzadziej trudności współwystępujących ze sobą (oddechowo-fonacyjno-artykulacyjnych).

Dyzartria (w ICD-10: R47.1. dysartria i anartria) powinna być różnicowana z takimi zaburzeniami mowy, jak:

- dysfazja i afazja (R47.0) motoryczna,
- specyficzne zaburzenia artykulacji (F80.0),
- zaburzenia ekspresji mowy (F80.1),
- nabyta afazja z padaczką (F.80.3),
- zaburzenia głosu (R49),
- psychogenne zaburzenia głosu (F.44.4),
- jąkanie (F98.5),
- mowa bezładna (F98.6),
- zaburzenia wymowy w płaszczyźnie segmentalnej i suprasegmentalnej spowodowane uszkodzeniami narządu słuchu,
- oligofazja.

Podstawę diagnozy różnicowej stanowi symptomatologia zaburzenia mowy oraz jego uwarunkowania; w przypadku dysfunkcji układu nerwowego istotna jest lokalizacja uszkodzeń.

Szczegółnej uwagi wymagają pacjenci, u których możliwe jest współwystępowanie dyzartrii i innego zaburzenia mowy, np. oligofazji.

5. Rozpoznanie logopedyczne.

Obraz przypadku powinien zawierać informacje dotyczące:

- stopnia zrozumiałości wymowy,
- artykulacji,
- rezonansu,
- prozodii (tempo i rytm mówienia, intonacja, akcent),
- fonacji (nastawienie, jakość, natężenie i wysokość głosu),
- oddychania (tor oddechowy, rytm oddychania, długość wydechu),
- synchronizacji oddechowo-fonacyjno-artykulacyjnej,
- motoryki narządów artykulacyjnych (ruchy izolowane i naprzemienne),
- samooceny pacjenta odnośnie do jego mówienia i porozumiewania się,
- współwystępujących zaburzeń mowy.

W rozpoznaniu należy określić głębokość trudności dyzartrycznych (dyzartria niewielkiego stopnia, umiarkowanego, znacznego, głębokiego) i typ

dyzartrii (wg klasyfikacji objawowej Darleya: dyzartria spastyczna, hipokinetyczna, hiperkinetyczna, ataktyczna, wiotka, mieszana; w mózgowym porażeniu dziecięcym: spastyczna, dyskinetyczna, ataktyczna, mieszana). W określeniu typu dyzartrii, poza dominującymi objawami, winno się uwzględnić wyniki badań neurologicznych, wskazujących na lokalizację uszkodzenia układu nerwowego, rodzaj schorzenia neurologicznego.

PROGRAMOWANIE TERAPII (RAMOWY PROGRAM TERAPII)

1. Cele postępowania terapeutycznego.

Główny cel postępowania terapeutycznego w dyzartrii to polepszenie zrozumiałości wypowiedzi (w przypadku pacjentów mówiących) lub rozwinięcie sprawności umożliwiających budowanie wypowiedzi zrozumiałych dla otoczenia (w przypadku pacjentów niemówiących). Osiągnąć go można poprzez realizację następujących celów szczegółowych:

- usprawnienie narządów artykulacyjnych (ruchy izolowane i naprzemienne),
- rozwój sfery kinestetyczno-dotykowej aparatu mowy,
- poprawę funkcji oddechowych (korekta toru oddechowego, rytmu oddychania, wydłużenie i kontrola długości fazy wydechu, jego siły),
- poprawę fonacji (korekta ataku głosowego, kontrola jakości, natężenia i wysokości głosu),
- kontrolę rezonansu nosowego,
- poprawę synchronizacji oddechowo-fonacyjno-artykulacyjnej,
- polepszenie poziomu prozodycznego wypowiedzi (kontrola tempa i rytmu mówienia, intonacji, akcentowania),
- poprawę artykulacji (wywołanie głosek lub polepszenie ich artykulacji w izolacji i logotomach, kontrola artykulacji w ciągu fonicznym),
- obniżenie nadmiernego napięcia psychofizycznego,
- kontrolę kinezyki (postawa i ruchy ciała).

Określenie celów szczegółowych zależne jest od wskazanych w rozpoznaniu logopedycznym dysfunkcji.

W przypadku niemowląt i małych dzieci, u których występuje ryzyko dyzartrii (np. w zespole mózgowego porażenia dziecięcego), ważne jest wczesne rozpoczęcie stymulacji i korekcji mowy oraz funkcji z nią związanych. Nauka prawidłowego jedzenia, picia oraz połykania śliny powinna stanowić konieczny wstępny etap ćwiczeń logopedycznych. Wskazane jest, aby samodzielnie wykonywane przez dziecko ćwiczenia motoryki narządów mowy poprzedzone były ich masażem i tzw. ćwiczeniami wspomaganymi. Wczesna interwencja obejmuje także tworzenie prawidłowych wzorców oddychania

(żebrowo-przeponowy tor oddechowy o charakterze dynamicznym, z wydłużoną fazą wydechową). W przypadku deficytów intelektualnych, poważniejszych dysfunkcji słuchowych oraz sporych zaniedbań środowiskowych często konieczna jest gruntowna praca nad budowaniem systemu językowego. Terapia logopedyczna osób z mpd., ukierunkowana na kształtowanie umiejętności porozumiewania się językowego słownego i pisemnego, powinna być zintegrowana z innymi, wskazanymi w danym przypadku formami pomocy psychologicznej.

2. Strategia terapii logopedycznej, metody pracy.

Pierwszoplanowe winno być minimalizowanie trudności w sferze oddechowej i fonacyjnej, a także usprawnianie narządów mowy, polepszanie integracji kinestetyczno-dotykowo-ruchowej. Stanowi to podstawę pracy nad artykulacją, synchronizacją oddechowo-fonacyjno-artykulacyjną i poziomem prozodycznym wypowiedzi. Przez cały okres trwania terapii dążyć należy do niwelacji nadmiernego napięcia (ćwiczenia relaksacyjne) oraz kontrolowania przez pacjenta postawy ciała i jego ruchów w celu polepszenia komunikowania się.

W sytuacji, gdy podjęte oddziaływania terapeutyczne w przypadkach dyzartrii głębokiego stopnia nie są skuteczne — wyznaczonych celów szczegółowych nie udaje się, mimo prawidłowo prowadzonej terapii, zrealizować, a tym samym osiągnięcie celu głównego, jakim jest wykształcenie umiejętności mówienia, staje się niemożliwe, należy rozważyć wprowadzenie alternatywnego systemu komunikowania się. Wybór jego rodzaju zależy od poziomu rozwoju poznawczego pacjenta i współwystępujących zaburzeń. Alternatywne i wspomagające metody porozumiewania się pomagają nie tylko w komunikowaniu się z otoczeniem, ale służą budowaniu wiedzy o rzeczywistości (analogicznie do funkcji poznawczej języka). Decyzja o uczeniu dziecka alternatywnych sposobów porozumiewania się nie powinna oznaczać rezygnacji z usprawniania aparatu oddechowego, fonacyjnego i artykulatoryjnego.

3. Organizacja postępowania terapeutycznego.

Terapia powinna odbywać się głównie w formie indywidualnej; możliwe są zajęcia w małej grupie w przypadku ćwiczeń relaksacyjnych, oddechowych, motoryki narządów mowy.

Częstotliwość zajęć logopedycznych uzależniona jest od etapu terapii (w fazie kształtowania i rozwijania sprawności — minimum 2–3 razy w tygodniu, na etapie utrwalania sprawności — raz na dwa tygodnie, na etapie podtrzymywania sprawności — raz na dwa, trzy miesiące). Efektywność terapii jest ściśle związana z codzienną pracą w domu, odbywającą się zgodnie z zaleceniami terapeuty.

Terapia w przypadku dyzartrii jest zwykle terapią długoterminową, często trwa kilka lub kilkanaście lat.

POSTĘPOWANIE TERAPEUTYCZNE

1. Sformułowanie szczegółowego programu terapii.
2. Prowadzenie dokumentacji terapii.
3. Okresowa ocena postępów terapii.
4. Weryfikacja hipotez diagnostycznych.
5. Modyfikacja programu terapii.

BIBLIOGRAFIA

- Eberhardt G., Mikiel W., 1997, *Zaburzenia głosu u dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym*, [w:] *Mózgowe porażenie dziecięce. Problemy mowy*, red. H. Mierzejewska, M. Przybysz-Piwkova, Warszawa, s. 38–44.
- Foniatria kliniczna, 1992, red. A. Pruszewicz, Warszawa.
- Grabias S., 2000, *Mowa i jej zaburzenia*, „Logopedia”, 28, s. 7–36.
- Gustaw K., Mirecka U., 2000, *Dyzartria w chorobach neurodegeneracyjnych. Skala Dyzartrii w diagnozie pacjenta ze zwyrodnieniem mózdkowo-oliwkowym*, „Logopedia”, 27, s. 153–160.
- Gustaw K., Mirecka U., 2001, *Dysarthria as the Isolated Clinical Symptom of Borreliosis. A Case Repor.*, „Ann. Agric. Environ. Med.”, 8, s. 95–97.
- Gustaw K., Mirecka U., 2001, *Dyzartria jako objaw kliniczny boreliozy*, „Logopedia”, 29, s. 131–138.
- Jastrzębowska G., 2003, *Zaburzenia dysartryczne u dzieci*, [w:] *Logopedia — pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*, red. T. Gałkowski, G. Jastrzębowska, Opole, t. 2, s. 120–142.
- Jastrzębowska G., Kozolub A., 2003, *Dyzartria, anartria*, [w:] *Logopedia — pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*, red. T. Gałkowski, G. Jastrzębowska, Opole, t. 2, s. 772–783.
- Jastrzębowska G., Pęc-Pękala O., 2003, *Diagnoza i terapia dyzartrii*, [w:] *Logopedia — pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*, red. T. Gałkowski, G. Jastrzębowska, Opole, t. 2, s. 392–402.
- Kaczmarek L., 1975, *Korelacyjna klasyfikacja zaburzeń słownego i pisemnego porozumiewania się*, „Logopedia”, 12, s. 5–13.
- Kaczmarek L., 1980, *Rewalidacja dzieci i młodzieży z zaburzeniami mowy*, [w:] *Pedagogika rewalidacyjna*, red. A. Hulek, Warszawa, s. 284–302.
- Kądziaława D., 1997, *Zaburzenia językowe po uszkodzeniach struktur podkorowych mózgu*, [w:] *Związek mózg — zachowanie w ujęciu neuropsychologii klinicznej*, red. A. Herzyk, D. Kądziaława, Lublin, s. 111–152.
- Lewandowski A., Tarkowski Z., 1989, *Dyzartria wybrane problemy etiologii, diagnozy i terapii*, Warszawa.
- Mirecka U., Gustaw K., 2005, *Dyzartria w mózgowym porażeniu dziecięcym. Eksperymentalna Skala dyzartrii jako technika diagnostyczna pomocna w określaniu specyfiki zaburzeń mowy w mpd.*, „Logopedia”, 34, s. 273–289.

- Mirecka U., Gustaw K., 2006, *Skala dyzartrii. Wersja dla dzieci*, Wrocław.
- Murdoch B. E. (red.), 1998, *Dysarthria. A Physiological Approach to Assessment and Treatment*, Cheltenham.
- Nowy słownik ortograficzny PWN z zasadami pisowni i interpunkcji*, 2002, red. E. Polański, Warszawa.
- Obębowski A., Woźnica B., 1997, *Zaburzenia dyzartryczne u dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym*, [w:] *Mózgowe porażenie dziecięce. Problemy mowy*, red. H. Mierzejewska, M. Przybysz-Piwkova, Warszawa, s. 21–24.
- Ołtuszewski W., 1905, *Szkic nauki o mowie i jej zboczeniach*, Warszawa.
- Prusiński A., 1983, *Podstawy neurologii klinicznej*, Warszawa.
- Stecko E., 2001, *Rehabilitacja logopedyczna*, [w:] *Mózgowe porażenie dziecięce*, red. R. Michałowicz, Warszawa, s. 356–367.
- Stecko E., Michałowicz R., 2001, *Wczesna stymulacja rozwoju mowy u dzieci w pierwszym roku życia*, [w:] *Mózgowe porażenie dziecięce*, red. R. Michałowicz, Warszawa, s. 348–351.
- Styczek I., 1980, *Logopedia*, Warszawa.
- Tarkowski Z., 2003, *Diagnoza i terapia osób dorosłych z dyzartrią*, [w:] *Logopedia — pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*, red. T. Gałkowski, G. Jastrzębowska, Opole, t. 2, s. 784–795.