

Postępowanie terapeutyczne w dyslalii



FORUM

SPIS TREŚCI

DYSLALIA – PODŁOŻE CZY WIERZCHOŁEK GÓRY LODOWEJ? 5

Wywiad	5
Badanie neurologopedyczne	6
Analiza warunków anatomicznych kompleksu ustno-twarzowego	6
Analiza warunków czynnościowych kompleksu ustno-twarzowego	6
Analiza realizacji fonemów	6
Badanie psychologiczne	6
Analiza wyników badań – wnioski	7
Założenia terapeutyczne	8
Postępowanie terapeutyczne	8
Podsumowanie	9

DIAGNOZA DYSLALII ANATOMICZNO-FUNKCJONALNEJ – WPŁYW ASYMETRII CIAŁA NA APARAT ARTYKULACYJNY 10

Definicja i formy dyslalii	10
Diagnoza dyslalii – znaczenie holistycznego spojrzenia na pacjenta	11
Wywiad	11
Badanie postawy ciała	12
Tor oddechowy	12
Badanie noworodka i niemowlęcia	12
Badanie jamy ustnej	13
Badanie rozumienia mowy, słuchu i pamięci słuchowej	14

TERAPIA FUNKCJI JAKO PODSTAWA TERAPII DYSLALII – PODEJŚCIE PRAKTYCZNE 16

Charakterystyka dyslalii	16
Etapy procedury badawczej	16
Funkcjonalna terapia dyslalii	17

ROLA RODZICÓW I OPIEKUNÓW W TERAPII DYSLALII 20

Zadania rodziców służące prawidłowemu rozwojowi mowy dziecka	21
Budowa i funkcja artykulatorów	22
Błędne nawyki artykulacyjne	22



DYSLALIA –

PODŁOŻE CZY WIERZCHOŁEK GÓRY LODOWEJ?

O DYSLALII JAKO KOMPONENCIE NA PODSTAWIE STUDIUM PRZYPADKU CHŁOPCA Z WYBIÓRCZOŚCIĄ POKARMOWĄ W PRAKTYCE NEUROLOGOPEDY I PSYCHOLOGA

Rozważając zagadnienie dyslalii, należy zwrócić uwagę na kilka aspektów. Istotą pierwszego kontaktu z pacjentem jest dostrzeżenie potencjalnie współwystępujących nieprawidłowości, mogących mieć bardzo duże znaczenie w kontekście zgłaszanych trudności.

Sposób realizacji poszczególnych dźwięków mowy jest zależny od wielu czynników, w tym m.in. od uwarunkowań funkcjonalnych i strukturalnych kompleksu ustno-twarzowego, wzorców motorycznych, poziomu rozwoju poznawczego, a także poziomu kompetencji społeczno-emocjonalnych.

- rozwoju percepcji wzrokowej i słuchowej,
- rozwoju mowy (głuchenia, gaworzenia, pierwszych słów i zdań),
- przetwarzania sensorycznego (nad- bądź podwrażliwości zmysłowych),
- rozwoju poznawczego i społeczno-emocjonalnego.

Wywiad

Studium przypadku niniejszego artykułu dotyczy 5-letniego (5;7) chłopca (dalej: T.). Powodem zgłoszenia na konsultację była prezentowana przez T. wybiórczość pokarmowa. Z wywiadu z matką chłopca uzyskano podstawowe informacje dotyczące:

- przebiegu ciąży, porodu oraz stanu dziecka po porodzie,
- ssania odżywczego i nieodżywczego,
- rozwoju ruchowego (w tym poziomu aktywności ruchowej) i autostymulacji,

Ponadto zebrano szczegółowe informacje dotyczące okresu rozszerzania diety, zauważanych przez rodziców trudności w zakresie karmienia oraz podejmowanych dotychczas strategii radzenia sobie z problemem.

T. urodził się z ciążą pierwszej o prawidłowym przebiegu. Podczas ciąży matka, zgodnie z zaleceniami lekarza prowadzącego, przyjmowała No-Spę i Luteinę. Chłopiec urodził się w 40. tygodniu ciąży poprzez cesarskie cięcie. Matka podjęła próby karmienia piersią, jednak opisywane trudności: ból podczas karmienia, stany zapalne piersi, nieumiejętność uchwycenia

brodawki sutkowej przez dziecko i jego niepokój przyczyniły się do rezygnacji z KP. T. był karmiony mlekiem modyfikowanym, a butelka towarzyszyła mu do ukończenia 2. r.ż. Rozwój ruchowy przebiegał nieharmonijnie. T. w 1. r.ż. był rehabilitowany z powodu zaburzeń dystrybucji napięcia mięśniowego. Z wywiadu wynika, że wykazywał również trudności w zakresie nabywania systemu językowego (pierwsze słowa ok. 2. r.ż.) i w zakresie rozwoju poznawczego, jednak do tej pory nie był poddany diagnozie (neuro)logopedycznej ani psychologicznej. Matka chłopca zgłosiła również występujące od początku nieprawidłowości na poziomie przetwarzania sensorycznego w postaci nadreaktywności dotykowej, węchowej i słuchowej. Co więcej, zauważyła, że jej syn nie potrafił poradzić sobie z emocjami i miał trudności w relacjach z rówieśnikami.

Badanie neurologopedyczne

Biorąc pod uwagę powód konsultacji, zgłaszane trudności i znaczenie układu stomatognatycznego, jako morfologiczno-czynnościowego zespołu wzajemnie współdziałających tkanek i narządów jamy ustnej oraz twarzowej części czaszki, sterowanych przez ośrodkowy układ nerwowy i biorących udział w akcie żucia, wstępnego trawienia, połykania, formowania dźwięków, oddychania, a także wyrażania stanów emocjonalnych (Majewski 2020, 45), bardzo istotnym elementem podczas badania chłopca była ocena uwarunkowań anatomiczno-czynnościowych. Zważywszy na charakter diagnostyki, podczas badania u T. dostrzeżono nadwrażliwość na dotyk (niechęć, negatywne reakcje, wycofanie).

Analiza warunków anatomicznych kompleksu ustno-twarzowego

Ocenie poddano całą przestrzeń ustno-twarzową: orientacyjną analizę rysów i symetrii twarzy, długość i pozycję spoczynkową warg, strukturę przedsionka jamy ustnej, wędzidełka warg i języka, stan uzębienia, zgryz, język (wielkość, kształt, pozycję spoczynkową) oraz podniebienie twarde i miękkie. Zewnątrzustnie u chłopca dostrzeżono nieznaczne skrócenie wargi górnej. Wewnątrzustnie – wędzidełko wargi górnej sięgające brodawki przysiecznej, brak górnych siekaczy przyśrodkowych, próchnicę dolnych – pierwszych i drugich – zębów trzonowych, skrócenie wędzidełka języka w stopniu nieznacznym oraz wąskie, nieco wyżej wysklepione podniebienie twarde.

Analiza warunków czynnościowych kompleksu ustno-twarzowego

Ocenie poddane zostały warunki funkcjonalne: pozycja spoczynkowa języka, sposób połykania, tor oddechowy, pozycja spoczynkowa oraz tor odwodzenia i przywodzenia żuchwy, a także jej wysuwanie, cofanie i przemieszczanie boczne. Ponadto oceniono sposób poboru i obróbki pokarmu (odgryzanie, gryzienie, żucie). Badanie wykazało: nieprawidłową pozycję spoczynkową języka i zaburzoną funkcję połykania (z tłoczeniem), mieszany tor oddechowy (brak pełnego zwarcia warg podczas pozycji spoczynkowej żuchwy), preferencję odgryzania kęsów zębami trzonowymi i prawostronnego żucia pokarmu.

Analiza realizacji fonemów

Badanie realizacji poszczególnych fonemów zostało przeprowadzone z wykorzystaniem indywidualnie przygotowanego testu. Do analizy wykorzystano wyrazy i zdania zawierające wybrane głoski w nagłosie, śródgłosie, wygłosie oraz w grupach spółgłoskowych. U badanego chłopca występowały nieprawidłowości na poziomie: artykulacji głosek szeregu szumiącego (substytucja, [s], [z], [c], [ʒ]), artykulacji głoski [r] (substytucja, [l] dorsalne) i głosek [t], [d], [n] (realizacja międzyzębowa).

Badanie psychologiczne

Celem badania psychologicznego było określenie, czy rozwój poznawczy i społeczno-emocjonalny chłopca przebiegał adekwatnie do wieku. Prawidłowy rozwój w tych sferach warunkował skuteczność terapii poprzez zdolność pacjenta do rozumienia celów terapii, podejmowania wyzwań i utrzymywania adekwatnego poziomu motywacji.

Wystandardyzowanym testem psychologicznym zbadano potencjał intelektualny badanego, który uplasował się na poziomie inteligencji niższej niż przeciętnej. Ocena rozwoju poznawczego wykazała deficyty w zakresie wiedzy ogólnej i pamięci roboczej. Mocną stroną T. była umiejętność sprawnego rozwiązywania zadań logicznych, rozumowania ilościowego i radzenia sobie z zadaniami wzrokowo-przestrzennymi.

Ze względu na zebrane w wywiadzie dane, sugerujące poważne trudności w rozwoju społeczno-emocjonalnym, przeprowadzono szczegółowe badanie w zakresie kompetencji społeczno-emocjonalnych.