

Logopeda dla dorosłych... PO WYPADKU, PO UDARZE

data aktualizacji: 2020.11.29



Osoby dorosłe, kierujące swe kroki do logopedy, to wbrew pozorom niejednorodna grupa pacjentów. Są wśród nich perfekcyjniści dbający o swoje narzędzie pracy, którym są głos i artykulacja. I to im był poświęcony [artykuł Logopeda dla dorosłych](#), który ukazał się na łamach naszego portalu w ubiegłym miesiącu. Jednak do logopedy trafiają także osoby dorosłe, których problemy mają zupełnie inną naturę aniżeli wymowa lub nastawienie głosu.

Kontynuujemy rozmowę o terapii logopedycznej osób dorosłych z logopedą, trenerem dykcji i emisji głosu, popularyzatorką wiedzy logopedycznej Martą Janeczek, dyrektorem ursynowskiej poradni [BONA VERBA](#).

Naszą ostatnią rozmowę zakończyliśmy, wspomniawszy o pacjentach, którzy stają w obliczu poważnych problemów zdrowotnych, pojawiających się albo nagle, nieoczekiwanie, albo rozwijających się przez lata. Kim są te osoby?

Jest to duża i zróżnicowana grupa pacjentów. Są to zarówno osoby dotknięte chorobami neurodegeneracyjnymi, chorobami nowotworowymi, jak i po incydentach neurologicznych: udarach lub wypadkach. U pacjentów tych diagnozujemy zaburzenia mowy i języka na tle dysfunkcji mózgowych, afazję i dyzartrię. Wśród pacjentów z nowotworami w obrębie głowy i szyi znaczną grupę stanowią osoby po laryngektomii całkowitej lub częściowej. Jest to odrębny problem logopedyczny, zaś charakter terapii jest zupełnie inny aniżeli w wypadku dysfunkcji mózgowych;

temat rozległy, na inną rozmowę.



Czym zatem charakteryzuje się praca z pacjentami z afazją lub dyzartrią?

Zakres problemów logopedycznych w tej grupie pacjentów jest znacznie rozleglejszy i wykracza daleko poza artykulację. Przede wszystkim warto sobie uświadomić, że do wymienionych zaburzeń dochodzi w wyniku uszkodzenia tkanki mózgowej i dróg nerwowych w lokalizacjach odpowiadających za mowę. I tutaj w zależności właśnie od lokalizacji uszkodzenia zróżnicowany jest charakter pojawiających się zaburzeń mowy.

Co to konkretnie oznacza?

W wypadku dyzartrii u pacjenta pojawiają się trudności w artykulacji, ale także w oddychaniu i fonacji, a najczęściej w koordynacji tych trzech elementów. Co więcej porażenie nerwów śródczaszkowych może powodować trudności z przyjmowaniem, obróbką mechaniczną i pasażem pokarmów. Oczywiście jest to duże uproszczenie, ponieważ typów dyzartrii jest kilka, zaś objawy są zróżnicowane w zależności od dokładnej lokalizacji uszkodzenia występującej na tle konkretnego problemu zdrowotnego: dystrofii mięśniowej, boreliozy, urazu mechanicznego mózgu lub wielu innych.

Pacjenci z afazją prezentują inny typ objawów. W ich wypadku możemy mieć do czynienia z trudnościami z ekspresją mowy przy zachowanym rozumieniu znaczenia słów i tekstów. Innymi słowy pacjent rozumie, co do niego mówimy, ale nie jest w stanie odpowiedzieć, wyrazić się werbalnie. Wbrew temu, co można sądzić w kontakcie z takim pacjentem, wie on, co chce powiedzieć, ale nie ma jak tego zrobić, ponieważ ośrodki mowy lub drogi nerwowe odpowiedzialne za przekaz impulsów motorycznych zostały uszkodzone.

Pacjenci z afazją jednak nie zawsze mają zachowane rozumienie...

Zgadza się. Możemy mieć do czynienia z sytuacją odmienną od wskazanej powyżej, mianowicie z zachowaną znaczną lub względną swobodą ekspresji przy jednoczesnym braku lub znaczących deficytach w zakresie rozumienia. Wypowiedź, choć tworzona obficie, nie ma sensu, nie składa się na komunikat.

To niestety nie jedyne postaci afazji, choć stanowią najbardziej wyraziste przykłady niezbędne do zrozumienia rozległej istoty tego zaburzenia. Istnieje bowiem cały wachlarz pośrednich typów afazji, w których objawy zaburzeń nadawania i rozumienia nakładają się na siebie, współwystępują w zróżnicowanych proporcjach obejmując zarówno słownik, jak i gramatykalizację języka. W skrajnych przypadkach pacjenci posługują się zaledwie resztkami mownymi w postaci pojedynczych słów lub sylab, nazywanymi embolami, wypowiedzianymi często automatycznie. Warto wspomnieć, że nakładać się mogą także objawy afazji i dyzartrii, zwłaszcza przy kolejnych incydentach udarowych.

Na co należy zwrócić uwagę w terapii?

Powinniśmy mieć świadomość, że tu liczy się każdy dzień. Im wcześniej zostaną podjęte działania usprawniające, tym większa szansa na odzyskanie pełnej sprawności językowej. Nie zapominajmy jednak, że konsekwencje wypadku lub wylewu krwi do mózgu dotyczą wielu sfer, w szczególności narządu ruchu i często przykuwają pacjenta do łóżka. Rozpoczyna się żmudny proces rehabilitacji ruchowej, przywracania pacjenta do życia i samodzielności. Należy wyraźnie powiedzieć, że możliwość rozpoczęcia logopedycznych działań diagnostycznych, a następnie usprawniających, choć odbywa się już na oddziale neurologicznym, jest uzależniona od stanu ogólnego pacjenta.

Logopedom zależy oczywiście na maksymalnym wykorzystaniu mechanizmu neuroplastyczności

mózgu, zarówno zdolności do naturalnej regeneracji uszkodzonych obszarów, ale także do przekierowania uszkodzonych funkcji na obszary zdrowe, które nie uległy degradacji. Dlatego tak ważne jest, aby pracę terapeutyczną rozpoczynać możliwie jak najwcześniej po incydencie uszkadzającym i kontynuować zajęcia do momentu ustąpienia objawów. Trudności językowe bowiem zwykle utrzymują się jeszcze długo po wyjściu ze szpitala.

Pacjenci mogą korzystać z zajęć terapeutycznych w poradniach publicznych i niepublicznych, tak jak w [poradni Bona Verba na Ursynowie](#). Zależność jest prosta i okrutna zarazem: możliwość odbudowania pełnej sprawności mowy maleje wraz z upływającym czasem.

Jak wygląda praca logopedy z pacjentami z afazją lub dyzartrią?

Jak każdą terapię rozpoczynamy od rozpoznania potrzeb pacjenta, czyli diagnozy. Spośród wielu zasad terapii logopedycznej szczególnie ważne wydaje się stopniowanie trudności, czyli rozpoczynanie pracy od elementów najprostszych, ale możliwych do uzyskania przez pacjenta, które będą stanowiły bazę, fundament w odbudowywaniu utraconych elementów systemu językowego.

Z tego powodu laika może dziwić sytuacja, w której logopeda rozpoczyna terapię od uruchomienia pisma, ba, nawet często przestawiając pacjenta na sprawną rękę lewą, choćby przed urazem był praworęczny. Jakkolwiek wydawać by się mogło, że pismo w tej dramatycznej sytuacji jest do niczego niepotrzebne, nic bardziej mylnego. W ten sposób terapeuta nie tylko przywołuje pamięć wzorów i kształtów liter i odpowiadających im głosek, ale przede wszystkim uruchamia obszary mózgu sąsiadujące z ruchowymi ośrodkami mowy, stymulując je do regeneracji.



Laika może również zdziwić fakt uporczywego liczenia z pacjentem, powtarzania nazw miesięcy czy dni tygodnia lub rozpoczynania pracy od modlitwy, czy choćby znaku krzyża. W tym wypadku nie chodzi ani o budowanie szczególnych kompetencji matematycznych, ani o zdewocjalność logopedy, chodzi o efekty terapeutyczne. Logopeda stara się bowiem dotrzeć do elementów głęboko

zautomatyzowanych i utrwalonych w pamięci długotrwałej, aby poruszyć skalę niepamięci.

W innych wypadkach zaburzenia mowy mogą być subtelne, mogą dotyczyć np. zbyt dosłownego rozumienia wypowiedzi, mogą obejmować metaforyczne znaczenia słów i zwrotów. Rolą logopedy jest wychwycić wszelkie niuanse i subtelności, aby dobrze i celowo dostosować zakres pomocy.

W terapii niezwykle pomocny bywa masaż logopedyczny, który pozwala odbudować funkcje motoryki artykulacyjnej, czucie ułożenia części aparatu artykulacyjnego i kinestezję artykulacyjną.

Osobom z afazją z pomocą przychodzą także narzędzia nowych technologii. Łatwe do pobrania aplikacje umożliwiają kontynuację terapii poza spotkaniami z logopedą, dają możliwość ćwiczenia pamięci, funkcji wzrokowych, słuchowych i mowy nawet pomimo znacznych ograniczeń ruchowych.

Od czego zależy sukces rehabilitacji mowy?

Od wielu czynników: od głębokości i rozległości zaburzenia, od stanu pacjenta po udarze i efektywności rehabilitacji ruchowej w okresie rekonwalescencji, od tego czy terapia logopedyczna jest kontynuowana po wyjściu ze szpitala, od częstotliwości spotkań z logopedą i regularności pracy. Niestety należy otwarcie powiedzieć, że odbudowa mowy werbalnej nie zawsze przychodzi z łatwością, a czasami, przy wyjątkowo rozległych urazach, może okazać się niemożliwa.

Co wówczas? Droga do odzyskania kontaktu słownego ze światem, rodziną zostaje zamknięta?

Choć może się tak wydawać, nie jest to jeszcze sytuacja beznadziejna. Wówczas posiłkujemy się komunikacją wspomagającą lub alternatywną w postaci umownych znaków przekazywanych gestem, obrazków lub tablic komunikacyjnych. W procesie budowania nowego, zastępczego systemu komunikacji muszą uczestniczyć bliscy, z którymi pacjent będzie się komunikował za pomocą tych nowych środków przekazu. Można powiedzieć: „gra jest warta świeczki”, ponieważ przy braku możliwości przywrócenia komunikacji werbalnej, daje to możliwość uwolnienia komunikacyjnego osoby z ograniczeń własnego ciała.

Jest to praca bardzo wymagająca...

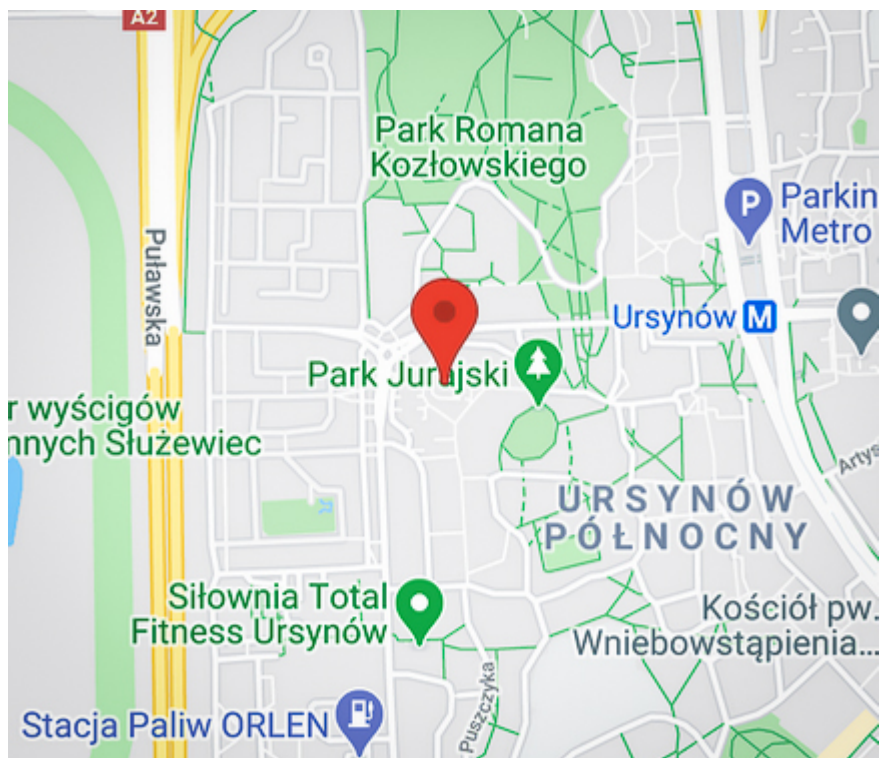
Zgadza się, jest wymagająca, i to zarówno ze strony pacjenta, jak i logopedy. Należy podkreślić, że od logopedy wymaga oprócz wiedzy merytorycznej wiele empatii i szczególnej wrażliwości na problemy pacjenta. W poradni [Bona Verba](#) zapewniamy opiekę logopedyczną pacjentom dorosłym z różnymi zaburzeniami, w tym z afazją i dyzartrią. A jak widać, terapia logopedyczna pacjentów dorosłych u jednych ma docelowo poprawić samoocenę i komfort pracy, innym zaś umożliwić komunikację ze światem. Jednak zarówno jedni, jak i drudzy, chcą poprawić nie tylko jakość mowy lub wymowy, ale przede wszystkim jakość swojego życia i funkcjonowania w relacjach międzyludzkich.

Dziękuję za rozmowę.

Bona Verba - Centrum rozwoju i terapii Logopedia, pedagogika, rehabilitacja

- ul. Puszczyka 20, Ursynów
- tel. [\(22\) 400 56 26](tel:224005626), tel. kom. [579-999-626](tel:579999626)

- godziny otwarcia: pon. - pt. 14:00 - 20:00
- www.bonaverba.edu.pl



Bona Verba

**Centrum rozwoju i terapii
Logopedia, pedagogika, rehabilitacja**

Źródło: <https://haloursynow.pl/artykuly/logopeda-dla-doroslych-po-wypadku-po-udarze,16094.htm>