

Третман на кај пациенти со проблеми со говорот и дисфагија

Афазијата претставува стекнато нарушување на комуникацијата, што ја нарушува способноста на индивидуата да процесира јазик, но воедно не мора да ја афектира интелигенцијата. Постојат два типа на афазија:

1. Флуентни типови на афазија
2. Нефлуентни типови на афазија

Флуентните типови на афазија можат да бидат групирани во три подгрупи:

- A. Wernicke-ова афазија која се карактеризира со флуентен но безсмислен говор. Во некои случаи може да се јави брз непрекинат говор со нормална артикулација и граматика. Може да се јави присуство на парафазија, неологизми и жаргон. Кај пациенти со потешки пореметувања на говорот се јавува аудитивен дефицит при разбирање, среден до тежок дефицит при имеување, нарушена репериција како и лошо разбирање при читање и пишување со грешки.
- B. Кондуктивна афазија – претставува потенцирана тешкотија при повторување на зборови и фонемични фрази. Се карактеризира со парафазија, тешкотии во разбирањето, тешкотии во именувањето но продуцираниот говор е со нормална синтакса и морфологија. Се појавуваат варијабилни, но не од тежок степен проблеми со читањето како и препознавање на сопствените грешки со неуспешни обиди за само корекција.
- C. Аномична афазија – се карактеризира со изразити проблеми со имеувањето на предмети, со добро разбирање и репетиција на зборови како и добро аудитивно разбирање, изговор и граматичка структура со соодветна артикулација.

Неглуентните типови на афазија можат да се поделат во четири групи:

- A. Броца афазија се карактеризира со аграматичен говор со обиди за продукција на говор со мал успех. Говорот е често лимитиран со содржински зборови (глаголи /именки). Постои нарушена репетиција на ниво на збор и реченица, назначени тешкотии во именувањето, бавен и нееднаков тек на говорот, лоши вештини при читање на глас. Но тука аудитивното разбирање на јазикот е сочувано. При пишување често се среќава грешки во правилната распореденост на буквите во зборот во смисла на голтање на букви и лошо оформување на буквите. Кај пациенти со деснострани парализа или плеггија на екстремитетите оваа афазија е често придружена со апраксија на говорот.
- B. Транскортикална моторна афазија се одликува со интактна репетиција дури и при комплексни реченици, но имаме ограничена способност за говор, тешкотии при именувањето, аграматички и телеграфски говор со добро аудитивно разбирање. Парафазии може да бидат присутни.
- C. Изолациона афазија – кај истата имаме тешки нарушувања во флуентноста на говорот, тешко нарушено аудитивно разбирање и тешкотии при именувањето,

лесна до умерена тешкотија при репетицијата. Таа е слична на глобалнат афазија, но со подобри репетитивни способности

- D. Глобална афазија се одликува со тоа да сите говорни функции се тешко засегнати со тежок дефицит при разбирање и продукција на говорот со екстремно тешка вербална експресија и нарушени гестикулациски вештини. Нарушено е и читањето и пишувањето.

Диференцијалната дијагноза при нарушување на говорот се насочива во правец за:

- постоење на евентуални нарушувања во видното поле
- апраксија- неможност да се реализира целно движење и покрај имање на адекватна сила да се изведе тоа
- агнозија- тешкотии при препознавањето или идентификување на сензорни стимулси и тоа вклучува визуелна, аудитивна и тактилна агнозија

Третман: ресторативен, компензаторен и супоративен

1.Ресторативниот третман вклучува активности кои имаат за цел директно подобрување на вештините на говор и пишување.

-Мелодична интонациона терапија (МИТ)- претставува структурна програма во која повеќеслоговните зборови , фрази и реченици мелодично се интонираат(лезија во лева мозочна хемисфера –Вгоса, нефлуктуентни типови на афазија и беззначајна стереотипија).

-Вежби за подобрување на аудитивното разбирање на зборови , реченици и параграфи.

-Ограничувачки – индуцирана јазична терапија- во која пациентите со афазија се принудени да користат вербална комуникација, а се супримираат обиди да се користат други облици на комуникација како: гестикулација, цртање и пишување.

2.Компензаторен третман ја фацилитува комуникацијата со дополнување на зачуваните јазични вештини со употреба на аугментативни системи (комуникациони таблици, уреди, системи на гестикулација, пишување и читање. Пациентите се учат да користат описи или синоними , за да компензираат за неможноста да ги најдат зборовите. Битен предуслов е пациентот да биде свесен дека постои нарушување на комуникацијата.

3.Супортивен третман вклучува посебна програма – Супортивна конверзација за адулти со афазија- ги учи слушателите да ги користат когнитивните и комуникативните способности што се зачувани кај пациентите со афазија, за да се максимизира комуникацијата и има три главни принципи: прифаќање на постоечките способности, способност за откривање и повторувачкаи способности. Овој третман ја нагласува улогата на слушачот и комплетниот акт на комуникација , при што лицата со афазија се охрабруваат да користат различни начини на комуникација

-Прифаќање на постоечките способности вклучува прифаќање дека пациентите со афазија поседуваат некои зачувани комуникациски вештини и способности. Тоа се постигнува со користење на одреден тон на гласот , селекција на погодни теми за разговор и користење на техники при спонтана конверзација.

-Способности за откривање подразбира користење на техники кои ја олеснуваат размената на информации: користење на кратки и едноставни реченици и експресивен тон на гласот , гестикации кои лесно се разбираат, користење на слики , со фокусирање на една во даден временски момент. Истовремено се елиминираат нештата кои го одвлекуваат вниманието , а и се врши опсервација на пациентот за да се процени дали тој разбира со поставување на прашања да или не, се бара да дава траги со гестикации , покажување кон слики или објекти при што му се дава доволно време за одговор.

-Повторувачки способности подразбира дека пораките од пациентот со афазија се разбрани .Тоа вклучува јасна и бавна сумација на дискутираното, повторување на пораките, проширување на тоа што мислиме дека пациентот се обидува да каже и сумација на темите заедно во подолг разговор.

Когнитивни лингвистички нарушувања

Когнитивните лингвистички нарушувања како последица на мозочна лезија можат да вклучат:

-јазик на конфузија-претставува дезорганизација на јазикот и јазичното процесирање, каде синтаксата е индиректна и јазикот се продуцира флуентно , но содржината е ирелевантна.

-дезорганизиран тек- намалување во структурата и текот на информациите при вербална и пишана експресија

-тангенцијален говор- неспособност да се остане фокусиран на конкретна тема

-говорливост- флуентно произведување на говор со ексцесивност на детали и информации

-апросодија- дефицит во разбирањето и изразувањето на вариации во тонот на гласот , кои се користат да изразат лингвистички и емоционални информации.

-патогномонични јазични вештини т.е социјалниот јазик , може да бидат нарушени по мозочно оштетување. Тоа подразбира неможност да се препознае персонален простор и реалитивна и дури постојана содржина за разговор. Тие подразбираат проблеми при користење на јазикот, менување на начинот на изразување и следење на правилата на јазикот.

-когниција- процес на создавање ,што вклучува разбирање, процесирање , меморија , перцепција и рационалност

Нарушувања на моторниот говор

Нарушувања на моторниот говор можат да бидат дефинирани како болести кои се резултат на невролошко нарушување кое го афектира моторното програмирање или невромускулното нарушување на говорот. Тука спаѓаат: **дизартрија** – нарушување на говорната комуникација поради парализа, слабост или некоординација на говорната мускулатура и **апраксија**- нарушување на капацитетот да се програмираат сензомоторните команди или позиционирање и движење на мускулите за волева продукција на говорот.

Дизартрија

Причини за појава на дизартријата можат да бидат повеќе :

1. Булбарна парализа, Мијастенија гравис (периферен моторен неврон)- говорот нејасен, тежок, хиперназалност и глас со задишеност
2. Псеудобулбарна парализа (централен моторен неврон) –говорот бавен и непрецизен со хиперназалност, задавен тежок квалитет на гласот со кратки фрази
3. Церебеларни нарушувања (церебелум)-говор со нагласен и рамномерен нагласок, неправилен прекин на говорот, бавен и непрецизен, неправилен ритам, пролонгација на фонемите, претерана нагласеност.
4. Паркинсонизам (екстрапирамиден систем)- говор со монотона фреквенција и гласност, бавна брзина и кратки забрзувања на говорот, долги несоодветни паузи, флукуации во прецизноста.
5. Хореа, Хантингтонова хореа (екстрапирамиден систем)- говор непрецизен, варијабилно темпо и гласност, груб глас, ненадејни звуци и несоодветни паузи.
6. Атетоза, Дистонија Дискинезија (екстрапирамиден систем)- говор неправилни артикулирани прекини, монотона фреквенција и гласност и груб квалитет на гласот.
7. Органски тремор на гласот, Микоклонус (екстрапирамиден систем)-тремор во гласот со ритмични прекини во говорот, квалитет на гласот како давање

Амиотрофична латерална склероза, Мултипла склероза, Вилсонова болест (мултипли моторни системи)- говор кај АЛС тешко нарушен со бавно темпо, хиперназалност, груб глас и нарушувања во изговорот. Говор кај МС груп квалитет, непостојан ритам и прецизност.

Третман кај дизартријата: ресторативен, компензаторен и супортивен

1. Ресторативен третман најпрво се индивидуализира според специфичните потреби на пациентот. Се одредуваат повеќе типа на говорни моторни вежби: за јазикот, усните, вилицата- кои треба да се повторуваат доволно за да се јави замор кај засегнатите мускули и поплека да се подобрува силата, спретноста и координацијата,

а со тоа и јасноста на говорот. Се користат вежби за зајакнување на белодробниот капацитет, за подобрување на изговорот, вежби на резонантниот систем со кои се зајакнува мускулатурата на устата и непцето преку користење на дување, менување на носни гласови и не носни гласови. Се воведуваат постурални техники при кои се менува анатмијата на ларинксот и се обезбедува подобро доближување на гласните жици. Техника на затварање при напор која има за цел да постигне поголемо затварање на гласните жици при физички напор, со која се постигнува компензирање од страна на посилната или движење на ослабнатата вокална жица.

2. Компензаторен третман се состои од учење на пациентите да нагласуваат звуци во говорот, со што се олеснува способноста на пациентот да дава базични информации за сметка на природноста на говорот. Се користат таблици со азбука, направи за давање на темпо, се учи пациентот да го следи бројот на изговорени зборови во еден здив, кај пациенти со респираторни потешкотии. Уште се користи технологија за да ја олесни комуникацијата.

3. Супортивниот третман се состои во модифицирање на околината на пациентот со цел да се максимизираат шансите за успешна комуникација. Притоа се користат

-изменување на нештата кои можат непотребно да го одвлечат вниманието на пациентот

-адекватно осветлување

-концентрирање и фокусирање на пациентот

-обука на комуникациониот партнер да биде активен слушач

-одржување на контакт со очи

-обезбедување на доволно време за пациентот да комуницира и покрај тешкотиите и неговото непрекинување во процесот.

Третман на апраксијата

Се прави проценка на апраксијата, со акцентирање на способноста за комплетирање на волев говор наспроти спонтан говор и други движења на устата. Третманот е исто ресторативен, компензаторен и супортивен.

1. Ресторативниот третман е поделен: 1. Кај пациенти со апраксија со интактно разбирање на говорот кој се состои од вежби подобрување на волевата контрола на говорот и продуцирање на звуци, фонетско пласирање (се учи пациентот како да позиционира за да изговори одредени звуци), ангажирање на автоматски одговори на пациентот (одговор на здрав, броење, пеење) и имитирање на одредени звуци). 2. Кај пациенти со апраксија и рецептивна афазија се состои од јазични вежби, моторно планирање при што се користат гестикации и други модалитети да се олесни разбирањето.

2.Компензаторен третман- поради постоење на коморбидитети кои се јавуваат со голема фреквенција кај пациенти со апраксија како афазија, апраксија при движење, ваквиот третман може да биде предизвикувачки.Притоа се користат гестикулации и аугментативна комуникација (таблици, цртање , пишување) за да ја олеснат комуникацијата на базичните потреби на пациентот

3.Супортивниот третман е исти како и кај дизартријата.

Автор: Др Елена Симеоновска Јовева

Коавтор: Др Марија Краколевска Илова

Др.Стефан Петровски