

Reeducarea tulburărilor specifice de articulare a vorbirii determinate de dezechilibru muscular orofacial cu ajutorul terapiei logopedice miofuncționale

Reeducation of specific speech articulation disorders caused by orofacial muscle imbalance with the help of myofunctional speech therapy

Lăcrămioara BUZZO¹

Abstract

Phonetic disorders are errors of articulation and resonance of phonemes, which, in the presence or absence of organic changes in the phonoarticulatory organs, persist beyond the acquisition of perceptual and articulatory skills.

For the correct production of each vowel/consonant, the structures of the articulatory apparatus come into contact in a variable way, following finely coordinated movements, and adopt a certain position to allow the correct emission of the sound.

Orofacial muscle imbalances and disorders are disorders of the muscles and functions of the face and mouth. These can directly and/or indirectly affect breastfeeding, growth and development of the facial skeleton, mastication, swallowing, resting position of the tongue, speech- phonemic articulation, occlusion, temporomandibular joint (TMJ) movements, oral hygiene, stability of orthodontic treatment, facial aesthetics and others.

The correct swallowing mechanism depends on the correct relationship between the muscles of the face, mouth and pharyngo-laryngeal region, but also on a balance of the entire body system.

Another important element that must be taken into account, in particular, is the resting position of the tongue. Dysfunctional swallowing - refers to a condition in which there is an alteration of the mouth-lingual movements in the act of swallowing.

Balancing the oro-facial musculature through education - re-education of deviant swallowing, breathing and mastication difficulties, phonatory verbal articulation alterations, malocclusion and painful symptoms of the temporomandibular joint, in different age groups is done through TMF (Myofunctional Therapy).

Myofunctional therapy can lead to stable correction of swallowing abnormalities, with positive effects for correcting speech articulation disorders.

Keywords: specific speech articulation disorders, orofacial muscle imbalance, myofunctional speech therapy

Introducere

Dezvoltarea fonetico-fonologică indică parcursul de dezvoltare comunicativ-lingvistic ce îl realizează un copil atunci când învață să recunoască, reproducă și reprezinte mental sunetele ce caracterizează o limbă, structurile silabice,

cuvintele și prozodia ce dă forma melodică enunțurilor.

De asemenea, înseamnă și cunoașterea utilizării acestor reprezentări pentru a putea ghida aparatul articulator și urmări diversele mișcări într-un timp optim.

Tulburările fonetice sunt erori de articulare și rezonanță a fonemelor, care, în prezența sau absența modificărilor organice ale organelor fonoarticulatorii, persistă și dincolo de dobândirea abilităților perceptivă și articulatorii.

Prin articulare se înțelege produsul activității desfășurate de părțile mobile ale tractului vocal care, alterându-și forma și dimensiunea, modifică fluxul coloanei de aer expirator. Musculatura orofacială joacă un rol important atât în îndeplinirea diferitelor funcții orale, cât și în oferirea de sprijin pentru țesutul facial.

Pentru producerea corectă a fiecărei vocale/consoane, structurile aparatului articulator intră în contact într-un mod variabil, urmare a unor mișcări fin coordonate, și adoptă o anumită poziție pentru a permite emiterea corectă a sunetului.

Diferențele anatomice sau fiziologice în structura orală și facială sunt în primul rând legate de musculatura palatină și mandibulară și de aspectele scheletice și dentare ale feței.

Aceste diferențe se pot datora unei predispoziții ereditare prin diferențe scheletice și dentare sau forțe de dezvoltare care acționează după naștere. (Kellum, Gloria, Ph.D. Orofacial Myology: Beyond Tongue Thrust, Chapter 1)

Un dezechilibru muscular orofacial poate fi determinat de prezența diverselor cauze de natură organică și/sau funcțională: postura linguală inadecvată, malocluzii, traumatisme, leziuni sau boli ale complexului muscular oro-facial, postura incorectă a limbii cauzată de viciile orale (suptul degetului, suzeta și onicofagia), disfuncțiile SNC, respirația orală cu

postura anormală a limbii din cauza patologiilor ORL și alergologice.

Dezechilibrele și tulburările musculare oro-faciale sunt tulburări ale mușchilor și funcțiilor feței și gurii. Acestea pot afecta, direct și/sau indirect alăptarea, creșterea și dezvoltarea scheletului facial, masticția, deglutiția, poziția de repaus a limbii, vorbirea- articulare fonemică, ocluzia, mișcările articulației temporo-mandibulare (ATM), igiena orală, stabilitatea tratamentului ortodontic, estetica facială și altele.

Acest dezechilibru poate fi o cauză ce contribuie la apariția diferitelor patologii (direct sau indirect) în mai multe domenii: funcția respiratorie, complexul dento-scheletal, articulația temporo-mandibulară, tulburări de somn, igiena orală, posturală, expresii faciale.

Funcțiile orale precum și tonicitatea/competența structurilor implicate, pot fi considerate primul "dispozitiv ortodontic" real și indispensabil care, în mod natural, ghidează dezvoltarea complexului dento-scheletal în planuri corecte de funcționare. Aceste orientări sunt active pe tot parcursul ciclului de viață.

Cele mai multe tulburări musculare oro-faciale își au originea în obiceiuri funcționale incorecte, cum ar fi respirația nazală sau orală insuficientă. Astfel, adaptarea ulterioară a mușchilor și a funcțiilor orofaciale la un model de respirație incorectă creează multe dintre tulburările miofuncționale.

Tulburările miofuncționale orofaciale pot influența tratamentele/terapiile mai multor profesioniști: ortodonți, dentiști,

logopezi și/sau alți profesioniști ce lucrează în această zonă, orofacială.

Conform ASHA, producția distorsionată a sunetelor /s, z, ț/, adesea interdental, sau plasarea anormală a articulației dentare linguale pentru /t, d, l, n, ș, j, č, ĝ /, sunt considerate simptome ale tulburărilor miofuncționale orofaciale (TMO), alături de alte simptome:

- Gura deschisă, poziția obișnuită de odihnă cu buzele depărtate (la copii, adolescenți și adulți);
- Anomalii structurale:
- Frenul lingual restrâns
- Anomalii dentare - mușcătura deschisă anterioară excesivă, anterioară, bilaterală, unilaterală sau posterioară și sub mușcătură;
- Poziție anormală de repaus a limbii, fie înainte, interdentală sau laterală posterioară (unilaterală sau bilaterală), care nu permite relația normală de repaus între limbă, dinți și maxilare, altfel cunoscut sub numele de spațiu interocluzal în repaus sau spațiu de autostradă (Mason , 2011);
- Salivare și control oral slab, în special după vârsta de 2 ani;
- Obiceiuri nenuțitive de supt, inclusiv utilizarea suzetei după vârsta de 12 luni, precum și suptul degetelor, al degetului mare sau al limbii (Warren & Bishara, 2002; Warren, et al., 2005; Zardetto, Rodrigues & Stefani, 2002);
- Lipsa unui sigiliu lingual -palatal consistent în timpul înghițirii lichide, solide și salivare;
- Contact lingual interdental sau contact linguantal cu dentiția anterioară sau laterală în timpul deglutițiilor. (ASHA-https://pubs.asha.org/doi/abs/10.1044/2020_AJSLP-20-00245)

Tulburările miofuncționale - orofaciale sunt mai frecvente decât se credea, cercetările arătând o incidență de 38% în populația generală și de 81% a subiecților cu vârstă de dezvoltare ce prezintă tulburări de articulare a vorbirii legate de alterări ale funcției orale. (SUA Kellum,1992; Maul et al., 1999) (Andretta P. Rossi M., 2001)

Într-o zi, înghițirea salivei are loc de peste 600 de ori, iar puterea exercitată la un moment dat în cavitatea bucală, este de sute de kilograme, ceea ce condiționează nu doar componenta dentară, ci și pe cea scheletică. Important de reținut, că poate face mult rău dacă modul în care se produce înghițirea nu este cel fiziologic.

Simptomele dezechilibrului muscular orofacial

Modificările funcției orale, dacă nu sunt tratate în timp util, pot duce la dezechilibre musculare oro-faciale la subiectul în curs de dezvoltare. Cele mai frecvente simptome sunt: respirația orală, înghițirea deviată, alterări ale articulației verbale fonatorii cu distorsionarea sunetelor: /s/, /z/, /ț/ - limba poate ieși în afară sau poate sta interdental, palat înalt și îngust, creșterea anormală a dinților (malocluzie), reapariția malocluziei și după tratamentul ortodontic, control și coordonare slabă a mușchilor orofaciali, postură linguală anormală în "repaus", dificultăți în menținerea atenției și concentrării, probleme posturale, dureri și disfuncționalități ale A.T.M. (articulația temporo-mandibulară), defecte orale, dificultate de adaptare cu proteza și/sau implantul, buze hipotonice / hipertone, palat ogival, hipertonus al mușchiiului bărbiei, grimasă facială la înghițire, anchiloglosie, creșterea distanței dintre

nas și bărbie în timpul actului de înghițire, dificultatea "adaptării" din partea subiectului după o intervenție chirurgicală dentară, sindromul de arsură a limbii. (P. Andretta, 2001)

Mecanismul corect de înghițire depinde de relația corectă între mușchii feței, gurii și ai regiunii faringo-laringiene, dar și de un echilibru al întregului sistem corporal. În actul de înghițire e necesar să se realizeze o reglare fină a unui număr mare de mușchi și nervi, coordonată la nivelul sistemului nervos central. În timpul mecanismului fiziologic de înghițire, vârful limbii apasă ferm pe punctul lingual, punct situat între papila interdentară, aflată în spatele incisivilor superiori, și primul rid palatin. Palatul dur absoarbe forța creată de limbă, care este de aproximativ 1 kg pe centimetru pătrat.

Considerând că un individ înghite în medie de 1600-2000 de ori pe zi, se estimează că împingerea linguală totală, exercitată în timpul înghițirii, este de aproximativ două tone. În cazul în care punctul unde se exercită această împingere este la nivelul elementelor dentare (superioare sau inferioare), și nu la nivelul locului palatin, consecințele pot fi foarte importante din punct de vedere al ocluziei dentare, al creșterii osoase și a erupției dentare propriu-zise.

Un alt element important de care trebuie să se țină cont, în mod deosebit, este și poziția de repaus a limbii, poziție menținută pentru o perioadă semnificativă de timp în timpul zilei.

Înghițirea este un mecanism neuromuscular fiziologic care începe să se formeze încă din timpul vieții intrauterine și apoi evoluează în trei etape în funcție de

vârstă. Deglutiția este propulsia alimentelor din cavitatea bucală către stomac. Când vorbim despre înghițire trebuie să o considerăm ca parte a unui sistem complex și articulat, care include: mestecatul, poziția de repaus a gurii, articulația verbală, respirația și activitatea mușchilor buco-faciali.

În deglutiția sugarului, limba este în contact continuu cu partea inferioară a palatului pentru a permite copilului să înghită laptele matern. Înghițirea mixtă, coincide cu apariția dinților din față și cu tranziția de la alimentele lichide la cele solide. În cazul înghițiturii la adult, care începe odată cu apariția dinților permanenți, limba se sprijină pe palat, chiar în spatele incisivilor superiori. Evoluția înghițirii implică o schimbare a tiparelor nervoase, musculare și posturale, permițând, stabilizarea maxilarului față de craniu. Limba în poziția corectă de repaus și deglutiția corectă sunt fundamentale pentru respirație, ocluzie, masticație, postură, articularea sunetelor și expresia facială.

Deglutiția deviată/atipică/disfuncțională - se referă la o afecțiune în care există o alterare a mișcărilor buco-linguale în actul de înghițire.

Așa cum am precizat, încă din perioada fetală, reflexul de deglutiție se dezvoltă și se modifică de-a lungul anilor prin diferite modalități, ajungând în jurul vârstei de 7 ani, la o modalitate de deglutiție care poate fi considerată "definitivă" și caracteristică pentru vârsta adultă. Atunci când această trecere de la înghițirea infantilă la un mod definitiv, nu are loc, putem vorbi de o înghițire deviată (cunoscută și sub numele de înghițire atipică). În acest caz, mușchii linguali nu

se așează în poziția lor naturală, adică în spatele incisivilor superiori, ci rămân în partea de jos. Limba împinge împotriva dinților și arcadelor, restricționează accesul aerului dinspre nas, afectând dezvoltarea palatului și, prin compensare, duce la contracția mușchilor orofaciali.

Dezechilibrul acesta este decisiv în apariția tulburărilor și patologiilor la nivelul diferitelor organe și aparate. Făcând o distincție la fiecare nivel putem clasifica anomaliile ce pot apărea și anume la nivelul aparatului stomatognatologic: malocluzii, tulburări ale articulației temporo-mandibulare (ATM), parodontită, dinți înghesuiți, palat îngust, mușcătură deschisă, diastemă (spațiu între dinți), măcinare, tensiune musculară masticatorie, disfagie, cefalee; la nivel ORL: respirație orală, infecții ale căilor respiratorii, amigdalite, tulburări adenoide, dureri de gât, otite, sinuzite, tulburări de somn, sforăit, tinitus; la nivelul sistemului postural: scolioză, cifoasă, alterarea sprijinului plantar și a curburii cervicale, poziții posturale incorecte; la nivelul aparatului vizual: miopie, hipermetropie, strabism; la nivelul limbajului: dislalie (tulburări de vorbire), distorsionarea articulării sunetelor, tulburări de fonație.

Prezența înghițirii disfuncționale/atipice și dezechilibrului muscular orofacial sunt destul de frecvente la copii și adulți, iar principalele cauze sunt considerate: obiceiurile vicioase cum ar fi suptul degetului și suzetei, folosirea biberonului și a tetinei prelungit, onicofagia (mușcarea unghiilor), obiceiuri alimentare vicioase; și cauzele anatomice, ca frenul lingual scurt, buza superioară scurtă,

macroglossia (creștere excesivă a limbii), sindromul Down, traumatisme la naștere.

Echilibrarea musculaturii oro-faciale prin educația - reeducarea deglutiției deviate, a dificultăților de respirație și masticatie, a alterărilor de articulare verbală fonatorie, a malocluziei și a simptomelor dureroase ale articulației temporomandibulare, la diferite grupe de vârstă se face prin TMF (Terapia Miofuncțională) - un tratament funcțional prin aplicarea forței musculare (contracție musculară - decontractie musculară - relaxare musculară) (Andretta P., 2008). TMF oferă un diagnostic și un tratament eficient al disfuncțiilor orofaciale. (American Speech-Language-Hearing Association. (1993). Orofacial Myofunctional Disorders: Knowledge and Skills [Guidelines, Knowledge and Skills]. Available from www.asha.org/policy.)

Abordarea miofuncțională oferă punctul de plecare prin activarea mușchilor orofaciali, într-un mod natural, pentru a "găsi", "adapta" și "fixa" o nouă memorie neurologică. (Andretta P., 2007)

Tratamentul logopedic al dezechilibrului orofacial are ca scop obținerea celui mai potrivit echilibru pentru fiecare pacient în parte. Astfel, obiectivele tratamentului pot fi diferite în funcție de tabloul clinic și, în consecință, calea de tratament abordată trebuie să fie diferită și personalizată. Reeducarea funcțiilor înseamnă modificarea obiceiurilor existente și crearea de noi modele neuromotorii. Nu administrăm un medicament, ci realizăm un adevărat proces de învățare!

Terapeutul nu doar propune o serie de exerciții repetitive, ci caută cauzele problemei, însoțește și susține învățarea

prin alegerea celei mai potrivite/adaptate activități pentru fiecare pacient în parte, a modului și momentului în care o propune, ținând cont întotdeauna de variabilele pe care le prezintă terapia (motivația pacientului, capacitatea de atenție și colaborarea membrilor familiei).

Cunoașterea metodelor educaționale sprijină tratamentul logopedului, ce pune un mare accent pe modelare, învățare treptată și utilizarea întăririi pozitive, acordând întotdeauna atenție răspunsurilor pacientului și progresului tratamentului. Experiența și pregătirea logopedului/terapeutului de limbaj în domeniul abilităților de comunicare sprijină relația de ajutor cu persoana și familia acesteia. Cu aceste caracteristici ale terapiei, se poate ajunge la automatizarea noilor comportamente.

Tratamentul miofuncțional constă, într-o serie planificată de exerciții ce sunt prezentate pacienților mai întâi la cabinet și apoi se vor efectua sistematic la domiciliu.

Obiectivele acestor exerciții urmăresc

- Conștientizarea corporală a actelor și structurilor asociate cu funcția de înghițire;
- Modificarea caracteristicilor mușchilor, acolo unde se găsesc grupuri musculare slabe;
- Creșterea sau scăderea tonusului muscular;
- Reeducarea funcțională conștientă și, ulterior, transferul în subconștient a tot ceea ce a fost învățat în mod voluntar.
- Alte obiective importante ale terapiei sunt:
- Renunțarea la obiceiurile vicioase de a împinge limba împotriva dinților;

- Restabilirea respirației nazale corecte;
- Eliminarea obiceiurilor vicioase: suptul degetului, onicofagia (mușcarea unghiilor), mușcarea buzelor sau a obrazilor sau alte parafuncții;
- Îmbunătățirea posturii;
- Asigurarea armoniei faciale și orale;
- Îmbunătățirea somnului, masticației și a digestiei;
- Reducerea tulburărilor articulației temporomandibulare și nu în ultimul rând
- Îmbunătățirea calității vorbirii!

Principalele obiective ale terapiei miofuncționale în adolescență și la vârsta adultă:

- eliminarea progresivă a modelelor motorii deviate (înghițire atipică) pentru a stabili modele adulte, fiziologice;
- reeducarea respirației orale spre respirația nazală fiziologică;
- reeducarea motilității linguale corectă și fiziologică în alterările frenului lingual/labial, pre și post-chirurgical;
- reeducarea modificărilor de alimentație, în special masticația;
- eliminarea viciilor și/sau parafuncțiilor orale, inclusiv a bruxismului;
- pregătirea pacientului pentru terapia ortodontică, pre sau post operatorie;
- să pregătească pacientul pentru chirurgia orală, pre- sau post-operatorie;
- corectarea problemelor de articulare verbală fonatorie;
- terapii de ajutor pentru disfuncții ale articulației temporomandibulare și dureri miofasciale;
- îmbunătățirea esteticii faciale;
- terapii de ajutor pentru probleme de postură corporală;

– să aplice strategii de rehabilitare în tulburările respiratorii de somn vs. sforăitul ușor și/sau moderat.

Exercițiile propuse de terapia miofuncțională se desfășoară în etape:

- faza proprioceptivă: dobândirea de către pacient a conștientizării mușchilor săi faciali
- reprogramarea cinematică: rehabilitarea mușchilor, funcția normală a limbii și înghițirea corectă
- faza de întreținere: declanșarea automatismului obiceiurilor corecte.

Programul de reeducare se adresează copiilor, în principal în scop preventiv, și adulților în scop corectiv.

Când s-ar putea începe tratamentul logopedic miofuncțional?

Pentru că există mai mulți factori ce trebuie luați în considerare înainte de a începe terapia miofuncțională, e important să se țină cont întotdeauna de caracteristicile subiectului, și nu neapărat de vârsta acestuia, motivația fiind un factor determinant în obținerea rezultatului. Putem considera vârsta de 3 ani benefică pentru o evaluare logopedică cu scopul de a verifica dacă micuții pacienți sunt "pregătiți" să abandoneze, să elimine obiceiurile vicioase. Corectarea timpurie a acestor obiceiuri deteriorate poate preveni instalarea problemelor secundare menționate mai sus. Copiii cu vârsta de 5-7 ani, dacă sunt suficient de cooperanți și conștienți, pot beneficia deja de o terapie logopedică mio-funcțională adaptată. La rândul lor atât adolescenții cât și adulții cu SMOF (dezechilibru musculo oro-facial) au posibilitatea de a urma un tratament miofuncțional.

Motivația și angajamentul sunt cheia succesului în terapie!

Ciclul de terapie este de durată, în general un an, și este împărțit în două perioade, în care marjele de timp pot varia. În prima perioadă (primele 2-3 luni), ședințele vor fi săptămânale și vor dura 30-40 de minute fiecare. Pacientul va trebui să învețe noul mod de a înghiți. În a doua perioadă, vor avea loc controale lunare pentru a verifica stabilitatea noului model funcțional, intervenind, dacă este necesar, cu exerciții suplimentare. Mulți copii, dar și mulți adulți au avut rezultate eficiente și stabile în timp în urma acestei terapii non-invazive, nechirurgicale. Studii științifice au arătat că 80-90% din cazurile cu tulburări miofuncționale orofaciale au obținut o restaurare voluntară a tuturor funcțiilor musculare orofaciale deviate, precum și o automatizare a acestor funcții. (Hahn&Hahn, 1992 - Andretta P., 2003)

O abordare multidisciplinară asigură un diagnostic corect, iar colaborarea logopedului cu echipa de specialiști ajută la rezolvarea problemei pacientului prin dezvoltarea unei terapii personalizate eficiente și adecvate.

Prezentarea câtorva cazuri de dezechilibru muscular orofacial ce determină tulburări specifice de articulare a vorbirii.

Caz 1

D.A, 5 ani, grupa mare, grădinița de masă

Caracteristici ce au determinat tulburarea de articulare cu neinteligibilitatea vorbirii frecventă: malocluzie, respirație orală, vegetații adenoide, nazalizare, hipersalivație, somn deficitar, neodihnit, oboseală frecventă, stări de

instabilitate emoțională, deglutiție disfuncțională.



Fig.1 Hipersalivație



Fig.2 Malocluzie



Fig.3 Înghițire disfuncțională/atipică

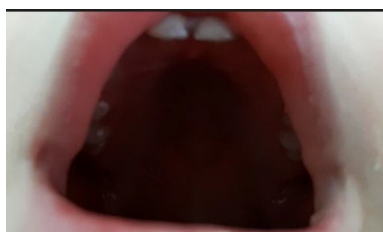


Fig.4 Palat înalt

Caz 2

Caracteristici ce au determinat tulburarea de articulare cu dificila inteligibilitate a vorbirii, sunetele afectate fiind s, z, ț, ș, j, ce, ge interdental lateral cu prezența unui sunet "șuierat" în rostire, înlocuirea africatelor cu siflante: model matern (aceeași problemă apare și la mamă), malocluzie laterală dreapta/stânga, hipersalivație, respirație orală frecventă, deglutiție atipică.

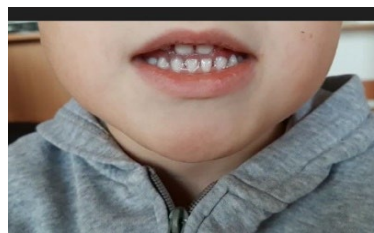


Fig.5 Poziție limba interdental/hipersalivație



Fig.6 Malocluzie laterală

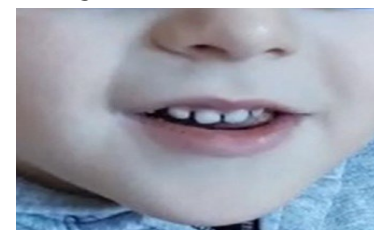


Fig.7 Lateralizare stânga

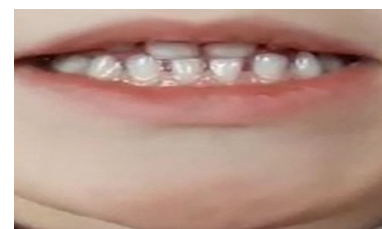


Fig.8 Hipersalivație

Caz 3

M O, 5 ani, grupa mare, grădinița de masă
Caracteristici ce au determinat tulburarea de articulare, sunetele afectate fiind s, z, ț, ș, j, ce, ge interdental lateral cu prezența unui sunet "șuierat" în rostire, înlocuirea africatelor cu siflante: model matern (aceeași problemă apare și la mamă), malocluzie laterală dreapta/stânga, hipersalivație, respirație orală frecventă, viciu-sucțiunea limbii, deglutiție atipică, sigmatism interdental.

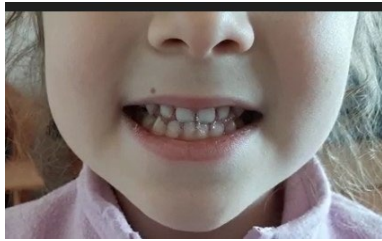


Fig.9 Hipesalivație



Fig.10 Înghițire cu presiune forțată pe zona maxilarului inferior (contractia mușchilor oro-faciali)

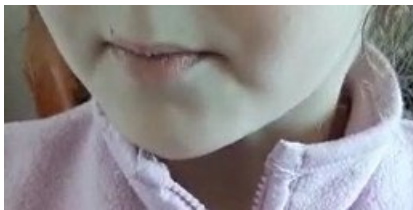


Fig.11 Hipertonie facială la înghițire



Fig.12 Interdentalism

Caz 4

M M, 6 ani, clasa pregătitoare, școala de masă

Caracteristici ce au determinat tulburarea de articulare, sunetele afectate fiind s, z, ț, ș, j, ce, ge interntal, f,v-înlocuite cu p,b: progenie, hipersalivație, respirație orală frecventă, viciu-împinge maxilarul inferior cu limba, deglutiție atipică

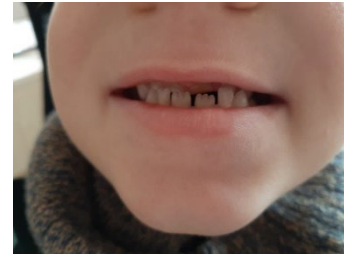


Fig.13 Progenie



Fig.14 Interdentalism

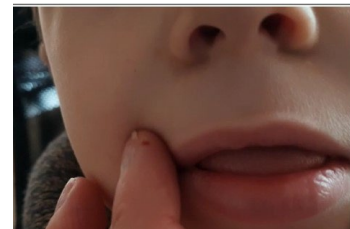


Fig.15 Înghițire atipică cu limba interdental

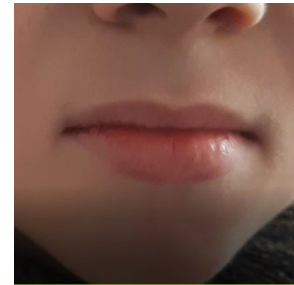


Fig.16 Progenie

Alte cazuri

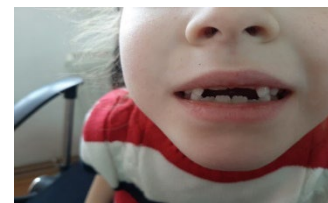


Fig. 17 Mușcătura deschisă

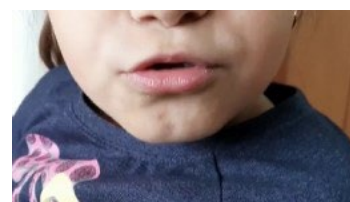


Fig.18 Hipotonie labială



Fig.19 Palat ogival determinat de suțiuinea degetului mare



Fig. 20 Mușcătura deschisă

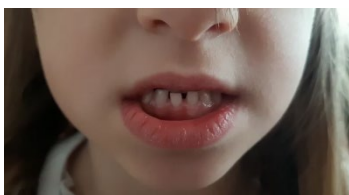


Fig.21 Mușcătură inversă progenie

Toate aceste cazuri, și altele similare beneficiază de terapie logopedică specifică miofuncțională la cabinetul interșcolar. E drept că unele dintre cazuri nu au o evoluție liniară, așa cum ne-am dori, datorată timpului insuficient avut la dispoziție pentru consecvența terapiei și în special neimplicării familiei pentru continuarea exercițiilor specifice și acasă, element esențial în demersul terapeutic, dar compensează cazurile unde implicarea părinților este foarte bună, motivația copiilor este menținută și rezultatele încep să se vadă treptat. De asemenea, niciunul din cazurile prezentate, nu a început terapia ortodontică indicată, ceea ce ar fi adus un plus la evoluția pozitivă a fiecărui caz în parte.

Terapia miofuncțională poate conduce la corectarea stabilă a anomaliilor de înghițire, cu efecte pozitive pentru corectarea tulburărilor de articulare a vorbirii

Bibliografie

ASHA. Orofacial Myofunctional Disorders. Symptoms (cited 2019 February). Available from: <https://www.asha.org/public/speech/disorders/orofacial-myofunctional-disorders/#symptoms>

Alfina Chiarenza Maria Giovanna Modica, Guida Informativa al Trattamento Miofunzionale T.M.F.

Anna Bosco, Manuale teorico pratico di terapia miofunzionale metodo bertarini.

Andretta P.(2011), "Terapia miofunzionale secondo Garliner" in "Deglutologia" O. Schindler (a cura di); Ed. Omega-Torino; 617-38;

Andretta P, Morselli E (2006). Efficacia, efficienza e appropriatezza nella terapia logopedia delle alterazioni delle funzioni orali Log. E Com. 2-3 (337-348), Erickson, Trento,

Andretta P. Genovese E.(1994) Approccio clinico-riabilitativo alle funzioni orofaringee in età evolutiva nelle malocclusioni - Atti del Corso Agg.to S.I.F.EL. : Fisiopatologia delle funzioni orali. C.R.S. Amplifon, Milano

Andretta P. (1995) La terapia Miofunzionale Ed. a cura dell'ULI, Padova

Andretta P. Rossi M(2001). La valutazione delle funzioni orali in età infantile, adolescenzial e adulta. Studio

- comparativo su 900 soggetti. I Care n°2
Firenze
- Bodea Hațegan C. Logopedia. (2016)
Terapia tulburărilor de limbaj.
Structuri deschise, București: Editura
Trei;
- Chiesa D., Ciaravolo P., Colasanto S., De
Cicco V., Ferrante A.(2007) - LA Nuova
Ortodonzia”; Marrapese ed., Roma,
- Dott. Antonio Ferrante (2010) Lezioni del
Master di Posturologia Clinica,
Università di Pisa “ Sillabo di Terapia
Miofunzionale”
- Dott. Ferrante E. A. (2004),”Manuale pratico
di terapia miofunzionale”, Marrapese
editore, Roma, e “ La fisiopatologia
della deglutizione in pediatria” GLM
Edizioni Marrapese Roma 2005.
- Eleonora Mariotti, Tesi di Laurea,
(2021/2022) Malocclusioni di II classe:
l'uso della terapia miofunzionale in un
paziente adulto e proposta
questionario per la qol, università
politecnica delle marche facoltà di
medicina e chirurgia
- Fadani Giulia, (2020/2021), Deglutizione
atipica e Froggy Mouth: valutazione
dell'efficacia del dispositivo mediante
scansioni intraorali, Università degli
Studi di Pavia Scuola di
Specializzazione in Ortognatodonzia
- Francesco Martines Giuseppe Messina
Luciano Poli Anna Zacco, Mini guida
terapia miofunzionale e disturbi della
deglutizione
- Garliner D. (1981), “Myofunctional
Therapy”, W.B.Saunders Co.
<https://www.smofitalia.it>
- International Association of Orofacial
Myology, (2009) “Position statement of
the International Association of
Orofacial Myology regarding:
appliance use for oral habit patterns”;
Int J Orofacial Myology; Vol. 35; 74-6
- Jessica Castelli n° matr.1179867 / LMLIN,
(2019 / 2020), Disturbi Specifici del
Linguaggio: evoluzione dei Disordini
Fonetici e Fonologici. Un caso clinico.,
Tesi di Laurea, Università degli Studi di
Padova Dipartimento di Studi
Linguistici e Letterari
- Luciani, Relatore Franco Guolo, D.O.
M.ROI, dalla tesi Trattamento manuale
osteopatico nella deglutizione
disfunzionale del bambino affiancato a
trattamento logopedico mio-
funzionale

¹- Logoped CJRAE Cluj-Napoca

Email: amelaprihoi@yahoo.com

Procesul de depistare al elevilor cu tulburări de limbaj în Carolina de Sud/ The identification process of students with speech-language impairment in South Carolina

Ștefania FILIP ¹

Abstract

This presentation focuses on the process for the initial evaluation of students with speech-language impairment.

An initial evaluation involves the use of a variety of assessment tools and strategies to gather relevant functional, developmental, and academic information to assist in determining if the child is eligible for special education services.

There is a three-pronged question for eligibility: (1) whether the student is a child with a disability and by reason thereof, (2) has an educational impact and (3) requires direct services. Evaluations must also determine the present levels of academic achievement and functional performance.

This shifts the focus of the initial evaluation from the determination of eligibility for services to the determination of what the child needs to enable him/her to learn effectively and to participate and progress in the general education curriculum.

Keywords: eligibility, disability, educational impact, direct services.

Introducere

A school-aged child would typically participate in a general education intervention process prior to the referral. As a result of general education intervention, the LEA would have data-based documentation of repeated assessments of achievement at reasonable intervals, that indicate the instruction and educational interventions and strategies presented to the child in the general education setting were not adequate and indicated an evaluation for special education is appropriate (34 CFR § 300.309(c)(1)).

The 1st step is to initiate the referral; the lead interventionist or appropriate RtI/MTSS team member ensures the completion of the MTSS form with observations, actions, and steps followed. The document reflects the collaboration of information and data from classroom

teachers and other appropriate sources. The lead interventionist collaborates with the school psychologist to determine the areas of concern and personnel who should be invited to the meeting to address these areas. In the case of a student whose primary area of concern is determined to be speech-language only, the speech-language pathologist will complete the referral form with the appropriate personnel identified as invitees to the meeting.

At this point, the classroom teacher completes a Speech-Language Request for Consultation form, has one on one conversations with the classroom teacher, and makes further suggestions that can be implemented in the general education classroom.

The completed form is forwarded to the Special Education Secretary, who will

schedule the SAT/referral/evaluation planning meeting.

A parent may request an evaluation at any time. When anyone in the school hears a parent make a statement that in any way suggests that the parent might want an evaluation or services that are not being proposed by the school district, the staff

member notifies the school psychologist or speech-language pathologist at the school and the psychologist / speech-language pathologist will move forward with addressing the request. The parent will have to complete the Health and Developmental History form to provide additional information about the student for all the team members.

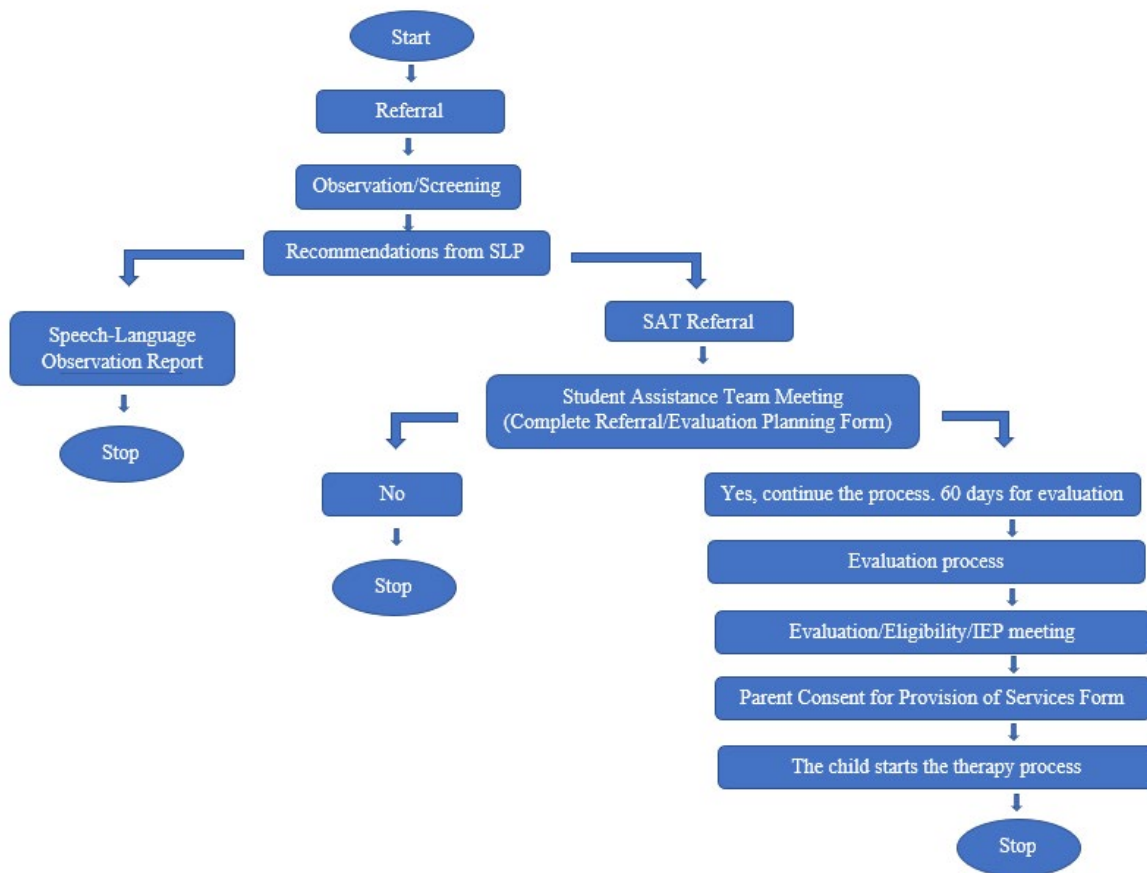


Fig. 1.- The identification process diagram

The 2nd step in the process involves the speech-language pathologist (SLP) who will make classroom observations, and quick screenings, and use the Classroom Observation form as a guide. The SLP will have conversations with the general

education teacher and give suggestions for further actions.

The 3rd step refers to the completion of the Speech-Language Observation Report form with recommendations for the general education teacher, so he/she can document that the student was seen and

observed. The process can end here, or the SLP recommends the student to the SAT (Student Assistance Team) for a meeting by completing the same form.

Then, at the 4th step in the process, during the SAT/Referral/Evaluation Planning meeting, several team members will participate as follows:

- LEA- assistant principal/ school psychologist
- Parent/guardian
- General education teacher
- Speech-language pathologist
- School psychologist- if there are other concerns
- OT/PT- if there are other concerns than speech
- Resource teacher- if there are other concerns than speech

At this time, each team member talks about the child from his/her own point of view and perspective- parent, general education teacher, speech therapist, reading/math interventionist. If there are other needs then the resource teacher, occupational therapist, physical therapist, and school psychologist will have their input as well.

The SLP fills out the Referral/Evaluation Planning Form, the team members sign it and they decide if a speech-language evaluation is granted or not for the child. If the answer is no, the case is closed, and participants sign the Referral/ Evaluation Planning form. If the answer is yes, then the parent will receive a printed document to sign in order to give permission for the child to be evaluated. At this point, the SLP has 60 days to evaluate the child, make further observations, and write the report. The next meeting with parents has

to be scheduled within these 60 days to be in compliance with the law.

The 5th step takes into consideration the evaluation itself. Each assessment is used on a case-by-case basis, but there are a few assessments in each evaluation report. In this process, we use informal assessments such as Conversational Speech Samples, Voice-Oral-Fluency Evaluation Checklist, Dynamic Assessments, and SUGAR assessment analysis which analyses the language sample, Mean Length of Utterance (MLU) and determines if a language impairment is suspected. Other informal assessments are Phonological Awareness Probes, Observation in the classroom, and Narrative Skills, NLM-Cubed which provide information about difficulties with narrative comprehension and production that may have serious negative effects on students' educational and social achievement (Nation, Clarke, & Marshall, 2004). Some of the standardized tests are as follows:

- The Clinical Assessment of Articulation and Phonology – 2nd Edition (CAAP-2) is a norm-referenced instrument that assesses English articulation and phonology in preschool and school-age children.
- The Goldman-Fristoe Test of Articulation – Third Edition (GFTA-3) is a systematic means of assessing an individual's articulation of the consonant and consonant cluster sounds of Standard American English.
- The Khan-Lewis Phonological Analysis Third Edition (KLPA-3) is a norm-referenced analysis of an individual's speech development and phonological process usage.

- The Assessment of Literacy and Language (ALL) is used to evaluate the language development and emergent literacy skills of prekindergarten, kindergarten, and first-grade children. The primary purpose is to diagnose children who exhibit language disorders and to identify children who are at risk for later reading difficulties due to specific risk factors.
- The Clinical Evaluation of Language Fundamentals – Preschool 3 (CELF-P:3) test battery was used to assess the child’s use and understanding of grammar and vocabulary, as well as his/her understanding of preschool concepts.
- The Oral and Written Language Scales, Second Edition (OWLS-II) is an assessment of receptive and expressive language for children and young adults.
- The Preschool Language Scale – 5th Edition (PLS-5) was administered to assess the child’s receptive and expressive language skills. This is a norm-referenced test for use in young children ages birth to seven years.
- The Stuttering Severity Instrument-4 (SSI-4) was administered to assess the child’s fluency skills. On the test, severity ranges from very mild to very severe and is determined based on the frequency (percentage of syllables stuttered), duration, and accompanying secondary behaviors (physical concomitants) of the stuttering events.

At the 6th step in the process, the team members meet again and the speech-language evaluation report is presented and the results are discussed. Prior to this meeting, the parent receives an email with

the evaluation report for his/her review. During the meeting, taking into consideration the findings, the team finds or not the student as being a student with a speech-language disability. The team members need to answer with a “YES” to the three-pronged question for eligibility

1. whether the student is a child with a disability and by reason thereof,
2. has an educational impact, and
3. requires direct services

The eligibility criteria differ for every domain in speech and language.

Eligibility for articulation

- Scores below 1.5 standard deviations below the mean on a test of articulation or phonology.
- Consistent speech sound errors when 90% of typically developing students produce the sound correctly.

Eligibility for language

- Standardized test results must be at least 1.5 standard deviations below the mean. If a standardized measure cannot be administered, a criterion-referenced measure or two informal measures may be used including an alternative/ augmentative communication assessment.
- The language assessment profile provides consistent evidence of difficulties in receptive and/or expressive language skills.

Eligibility for voice impairment

- Clearance has been provided by a medical doctor as well as a description of the student's vocal quality, intensity, resonance, and pitch.
- Assessments that include standardized test(s), norm-referenced, criterion-

based, or informal assessments describe significant difficulties related to vocal function.

- Record review and/or interviews document a history of academic and functional difficulty relative to voice skills.
- A comprehensive written report from an otolaryngologist indicates the presence of congenital etiologies or other precipitating factors.

Eligibility for fluency impairment

- Multiple sources of information such as record reviews, interviews, observations, and assessments document the frequency, type, and duration of dysfluencies.
- At least two observations in two settings provide evidence of persistent dysfluency patterns or secondary behaviors.
- Standardized measures of speech fluency, connected speech samples, and informal assessments document indicate significant dysfluencies.
- Record review and/or interviews document a history of academic and functional difficulty relative to fluency skills.
- Multiple sources of data document that the student exhibits a fluency impairment that adversely affects pre-academic/academic, social-emotional, and/or vocational performance.

If for any part of the question the answer is “no” then, the student does not qualify for services and the process ends at this point.

If the student is eligible for direct services then an Individualized Education Plan is developed. Evaluations must also

determine the present levels of academic achievement and functional performance. This data will help in creating and developing the Individualized Education Plan (IEP) and the goals that are going to be targeted for the following year. The parent will sign a Consent for Services form, so the speech services can be addressed.

References:

<https://sites.google.com/lexrich5.org/d5specialservices/home?pli=1> (D5 Special Services website)

<https://sites.google.com/lexrich5.org/d5speech/home> (Speech-Language Therapists, Lexington Richland 5 website)

<https://sites.ed.gov/idea/regs/b/d/300.309> (IDEA)

Nation, K., Clarke, P., Marshall, C. M., & Durand, M. (2004). Hidden Language Impairments in Children Parallels between Poor Reading Comprehension and Specific Language Impairment. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 47, 199-211

<https://www.sugarlanguage.org/>

<https://www.languagedynamicsgroup.com/cubed/cubed-nlm/>

<https://www.sess.ie/sites/default/files/Temp Upload Files/2014-15/8%20Pg%20PhonologicalAwareness AssessmentAFoundationalReadingSkillsDiagnosticTool.pdf>

¹ M.Ed. CCC-SLP

Email: stefania.filip@gmail.com