

KONUŞMA ve SES BOZUKLUKLARI

Mustafa Erkan*, Tahsin Aslan**

Özet: Kısaca, düşüncelerin sözlerle anlatımı olarak tarif edebileceğimiz konuşma fiili, çeşitli komponentlerden oluşan kompleks bir davranıştır. Konuşma bozukluklarının bir kısmının sebebi halen bilinmemekte ve tedavilerinde büyük güçlüklerle karşılaşmaktadır. Çocukta konuşmanın gelişmesi, birbirini takip eden ve kesin sınırlarla ayrılamayan bir seri dönemden geçer. Konuşma bozukluğu en fazla çocukluk çağında görülür ve en sık görüleni artikulasyon bozukluğudur. Ses ve konuşma bozukluğu ile gelen bir çocuk, işitme, fiziksel defekt, nörolojik, psikolojik ve aile çevresi yönünden sistemik bir muayeneye tabi tutulmalıdır.

Anahtar kelimeler: Artikulasyon bozukluğu, kekemelik, disfoni

Konuşmanın tanımı: Konuşmanın bugüne kadar birçok tanımı yapılmıştır. En basit tanımı ile konuşma düşüncelerin sözlerle anlamıdır, yada düşüncelerin organize ve sembolik biçimde ortaya konmasıdır. Diğer bir deyişle konuşma; ses, yazı, şekil veya el kol hareketleri gibi işaretler aracılığı ile kişinin psişik veya duygusal durumlarını açıklamaya yarayan karmaşık sinirsel bir davranıştır(16).

Speech and voice disorders

Summary : The act of speaking encompasses a complex process that can be explained shortly as explanation of thought by words. The etiology of some speech disorders has been still unknown and the treatments of them have been very difficult. The development of speech in child involve in a series of period which can not be distinguished from each other. Speech disorders are seen mostly in childhood and the most frequent type is articulation defects. A child which speech disorder must be examined systematically on account of hearing, physical defects, neurologic, psychologic and family environment.

Key words: Articulation defect, stuttering, disphonia

Böylece konuşma aracılığı ile kişiler motor veya duygusal fonksiyonlarını kullanarak psikolojik veya psikoaffektif durumlarını içe veya dışa yansıtabilmektedirler.

Konuşma, insan davranışının en mükemmel örneklerinden biridir, o oranda da karışık ve henüz bilinmeyen fizyolojik mekanizmalarla sağlanır. Konuşma insanların fikirlerini tanımlamaya yarayan bir araçtır ve canlı varlıklar içinde sadece insana verilmiş bir özelliktir.

* E.Ü. Tıp Fak KBB ABD Yard. Doçenti.

**E.Ü. Tıp Fak KBB ABD Araş. Grevlisi.

Hayvanların konuşmaları yoktur çünkü onların düzenli düşünce sistemleri yoktur. Öte yandan konuşma kişiler arası ilişkiyi sağlayan uygun işaretler sistemidir. O halde mimik, gülme bir konuşmadır. Hatta ses, müzik trafik işaretleri bile birer konuşma sayılırlar.

Konuşmanın komponentleri: Konuşma fiili çeşitli fizyolojik ve psikolojik mekanizmaların birlikte aktive edildiği kompleks ve oldukça beceri isteyen bir davranıştır(19). Kelime ve mefhumların teşekkül edebilmesi için çocuğun evvela çevresindeki aşyaya, varlıklara, olaylara bakmaya ve bütün bunları görmeyi öğrenmesi gerekir. Bu çocuğu anlamaya ve düşünmeye yöneltir. Çocukta öğrenme ve bilme tecessüsü yanılır.

Dış, dünyadaki eşya, varlık ve oluşumunu göremeyen, idrar edemeyen çocuk, kendi iç dünyasını sezemez, kendi öz varlığını şuurlu olarak idrak ve ifade edemez. Normal bir konuşmada bir kelime söylenmeden önce zihinde onun bir düşüncesi yada kavramı gelişir ve bu kavram sembolize edilir sonra konuşma işi yani sembolize edilen düşüncenin telaffuzu yapılır(5). Telaffuz; solunum fonksiyonu, larengeal düzenleme, farenks, yumuşak damak, ağız ve yüzdeki anatomik yapıların hareketi ile koordine edilen nöromuskuler bir işlemdir.

Çıkarılan sesler dinleyicinin kulağına gider, sesteki basınç değişiklikleri tympanik membran ve kemikcik zincirde harekete neden olur. Bu da beyinde nöral impulsları uyarır. Bu uyarı yani duyduğu şey, kişide daha önceden duyduğu ve öğrendiği birşeyle uyumlu ise bir anlam ifade eder, yoksa bir anlamı yoktur. Diğer bir deyişle sözlü iletişim 1. Düşünme, 2. Sembolize etme, 3. Konuşma, 4. Sesin iletimi, 5. Duyma, 6. Anlama komponentlerinin sıralı biçimde dizilişinden oluşmaktadır. Bu sıralamadaki mekanizmalardan birinin bozulması, yani sinir sistemi, konuşma organları, işitme ve anlama mekanizma-

larından birisinin bozulması halinde iletişim güçlüğü yada iletişim defekti ortaya çıkar. Bu defekt otolarengeolojistin olduğu kadar nörolog, odyolog ve konuşma patolojistin de ilgi alanına giren komple bir konudur(14).

Çocuğun konuşmasında bir gecikme, anlaşılma, kekeleme yada ses bozukluğu gibi bir patolojik durum ortaya çıktığında ilk başvuru kişiler doktorlar, ama özellikle de otolarengeolojistler olmaktadır. Erişkin yaştaki kişiler; ses kısıklığı, afoni veya diğer bir ses veya konuşma problemi ortaya çıktığında sıklıkla ilk defa otolarengeolojisti ziyaret ederler. Böyle bir hasta ile karşılaşan her hekim, hastadaki muhtemel tıbbi problemlerin teşhis ve tedavisi için uygun bir yol çizmeli ve gerekiyorsa hastayı ilgili diğer hekimlere de göndermelidir. Otolarengeolojist hastanın konuşma bozukluğunu sadece bir konsultan olarak değil, cerrahi veya başka bir tedavinin seçimi konusunda ona yardım etmek için de bilmek zorundadır.

Konuşma bozuklukları yüzyıllardan beri bilinmesine ve tedavileri konusunda büyük gayretler sarfedilmesine rağmen halen bir kısmının sebebi bilinmemekte ve tedavide büyük güçlüklerle karşılaşmaktadır. Bu konuda başka ülkelerde konuşma merkezleri kurulmuş ve konuşma patolojisti adı altında bir meslek dalı gelişmiştir.

Çocukta konuşmanın gelişmesi: Normal olarak çocukta konuşmanın kazanılması, onun motor, mental, adaptif ve çevre ile olan sosyal davranışlarının gelişmesi ile paralel seyreder. Sonradan öğrenilen davranışların tüm diğer tiplerinde olduğu gibi konuşmanın gelişmesi de çocuğun olgunlaşmasına bağlıdır.

Çocuğun hayatında 9 ay ile 5 yaş arası konuşmaya hazırlık dönemidir. Bu dönem çocuğun konuşmayı bir iletişim aracı olarak geliştirme yeteneğini kazanmasıyla başlar ki bu-

da 9 ay civarında elde edilir. Ancak dil öğrenme kapasitesi konuşmaya hazırlık döneminden çok daha önce kendini gösterir ve daha hayatın ilk birkaç haftasında ortaya çıkar ve çocuk dille ilgili ufak tefek şeyler öğrenerek kumulatif bir bilgi birikimi sağlar.

Konuşma dilinin özel bir formu kabul edebileceğimiz ağlamanın dışında, hiçbir çocuk dil öğrenme ihtiyacı yada isteği ile doğmaz. Ancak çocuk yakın çevresinin hem birbiri ile hemde kendisi ile konuşması sayesinde önce ses çıkarmayı sonra da konuşmayı öğrenir. Bunun için birbiri içine girmiş bir seri prelingistik dönemden geçer.

Konuşmaya vücut sistemleri yönünden bakıldığında konuşmanın gelişmesinde yeterli seviyeye ulaşmak için 1-Solunumun, 2-Larenksin, 3-Artikülasyon mekanizmasının kontrol edilebilmesi gerekir.

Konuşmanın gelişmesi birbirini takip eden 5 dönem halinde sınıflandırılabilir:

1- Ağlama : Konuşmanın gelişmesinde ilk basamak ağlamadır, bu da ayırt edilebilen ve ayırt edilemeyen ağlama şeklinde iki çeşittir. Çocuğun gelişmesinde ilk akustik gösteri olan çığlık şiddetli bir motor harekettir. Göğüs, karın ve larengeal kasların kasılmalarına bağlı refleks bir olaydır(16). Bu ilk bir ve ya iki ay nonspesifiktir. Yani çocuğun ağlamasından aç mı, ağrısı mı var, sıcak, soğuk ya da çocuğun diğer rahatsızlıklarını anlamak mümkün değildir. Farklı ağlama hayatın ilk birkaç ayından sonra kendini gösterir ve çocuğun içinde bulunduğu durumlarla ilişkili olmaya başlar. Anne çok geçmeden çocuğun ağlamasındaki değişiklikleri onun istekleri ve ihtiyaçlarının bir işareti olarak ayırt etmeye başlar(14). Çocuğun konuşma gelişiminin, ağlamalarına çevresinin verdiği cevaplar doğrultusunda olacağı ifade edilmiştir. Ayrıca çocuğun ihtiyaçları karşılanmaksızın uzun süre ağlamasına izin verilirse ağlaması

amaçsız kalma eğilimi gösterecektir. Öte yandan bazı kişilerin, çocuğun her ihtiyacını önceden tahmin ederek karşılamak sureti ile onun dikkat çekmek için yapacağı ağlama gayratlerini zayıflatacağından söz edilmektedir(11).

2- Babıldama (Babbling) : Konuşmanın gelişmesinde ikinci basamak babıldama olarak bilinir. Çocuk anlamlı ağlamasına bu dönemde devam eder. 3. ve 4. aylarda değişik rastgele sesler çıkarmaya ve dinleyici olarak da gözükmeye başlar. Çünkü çocuğun feed-back halkası bu dönemde gelişmeye başlar. Erişkin dilinin fonemik yönlerini ve veznini progresif olarak taklit etmeye başlar tabii bunlar anlamlı değildir. Bu yüzden konjenital olarak sağır bir çocukta konuşmanın gelişimi normal duyan çocuklardan bu dönemden sonra ayrılmaya başlar. Sağır çocuk, bu dönemi normal duyan çocuk kadar sürdüremez ve konuşması bundan sonraki döneme yani lallation dediğimiz çocuğun duyduklarını kendi kendine tekrar etme basamağına ilerleyemez.

3- Lallation : Bu dönem ilk 6 aydan sonra başlar. Başlangıçta çıkarılan sesler bir önceki dönemde olduğu gibi taklit şeklindedir fakat daha sonra çevresindeki seslere daha selektif cevaplar vermeye başlar. Bazı bebekler (daha çok kızlar) ilk yılın bitiminden önce ilk kelimelerini çıkarabilirler. Çok azı 7-8 aylık iken birkaç kişiyi yada nesneyi adlandırabilirler (4).

4- Ekolali : Yaklaşık 8 ila 10. aylarda başlar. Çevreden duyduğu sesleri tekrar eder. Kulağına hoş gelen sesleri kendi kendine çıkarma eğilimi gösterir. Bu dönem aynı zamanda çocuğun konuşulanları anlamaya, idrak etmeye başladığı dönemdir. Kelime haznesini bu dönemde geliştirir.

5- Konuşma : Bu dönem, sözlü iletişim için pratik bir araç olan konuşmanın kazanılması dönemidir. Çocuk, bu son ancak daima geli-

şecek olan döneme girmeden önce kullanılacak gelen klasik konuşma kalıplarını anlayabilecek düzeye gelmiş olmalıdır. Bu dönemde, yürüme ile yeni nesnelere görmenin ilginçliği konuşmayı ikinci plana düşürebilirse de yürümenin sağlanması ile konuşmada hızlı bir artış görülür. Çocuk bu dönemde çok şey söylemek ister fakat kelimeleri kolaylıkla bulamaz. Bu yüzden 2 ila 4 yaşları arasında gelişim gereği kekemelik belirtileri ortaya çıkabilir(15).

Kız çocukları konuşma seslerini öğrenmekte erkek çocukları genellikle geride bırakmaktadır ve 4 ila 5 yaş civarında telaffuz yapmayı hızla öğrenmektedirler. Bunların telaffuz yeteneği 7 yaş civarında olgun hale gelmektedir. Erkek çocuklar ise aynı seviyeye bir yıl geç ulaşmaktadırlar. Kimsesiz çocuk yurtları ve benzeri yurtlarda yetişen çocuklar, aile ortamında yetişen çocuklar kadar konuşmayı hızlı ve net biçimde geliştirememektedirler.

Genel olarak araştırmalar, 3 yaşındaki bir çocuğun bin kelimelik bir kelime hazinesine sahip olması ve kısa anlamlı cümleler kurması gerektiğini ortaya koymaktadır. Bu yaşta bir çocuğun telaffuz hataları olacaktır ama yine de karşılıklı konuşma sırasında konuşmasının % 80-90'ının anlaşılabilir olması gerekir.

Bir çocuk 7 yaşına kadar makul bir konuşma seviyesine erişememişse önce aşağıdaki genel sebepleri göz önüne almak gerekir(13).

- 1) İşitme kaybı
- 2) Zayıf motor koordinasyon
- 3) Fiziksel defektler
- 4) Aile çevresinde zayıf konuşma modelleri
- 5) Yetersiz dil uyarımı
- 6) Zeka geriliği
- 7) Ruhsal bozukluklar

Bu genel sebepleri hastalıklar açısından değerlendirecek olursak şağıdakileri aramamız gerekir(20).

1- Konuşma organlarında bir anomali: Konjenital yapısal bir anomali örneğin yarık damak, yarık dudak yada suprabulber palside görüldüğü gibi nöromotor bir hastalık var mı buna bakılır. Örneğin konuşmaya yardımcı kaslarda bir spastisite, zayıflık veya koordinasyon bozukluğu varsa dizartrik bir konuşma ortaya çıkar. Benzer patoloji, larenks kaslarında söz konusu ise; disfoni ortaya çıkar. Konuşma sesinin defektif olması belirgin fiziksel bir anomali olmadan da görülebilir. Bu çocuklarda oromotor kontrolde minor fiziksel problemler aramak gerekir. Örneğin beslenme güçlüğü, ağızdan devamlı salya akması, salyasını tutamama olabilir. Bunlarda oral duyu muayenesi yapmak da önemlidir(13). Konuşma bozukluğu ile gelen bir çocukta, serebral palsi ya da yarık damak beraberinde bir işitme kaybı olabileceğini de unutmamak gerekir.

2- İşitme kaybı: Sensorineural işitme kaybı: Bu kayıp dilin tam olarak gelişmesinden sonra olmuşsa anlama güçlüğü, ses bozukluğu ve artikülasyon bozukluğu olabilir. Fakat işitme kaybı ana dilini kullanmayı pek etkilemez. Kayıp, doğuştan ya da konuşmanın gelişmesinden önceki dönemde olmuşsa, total bir konuşma kaybı ile sonuçlanır. Sağır çocukların büyük bir çoğunluğunda sınırlı ya da anormal bir konuşma bozukluğu mevcuttur. Bu problemleri onların yazı yazmalarına ve şekil çizmelerine de yansır. Yüksek frekanslarda görülen selektif işitme kaybı da dil gelişimini ciddi biçimde etkileyebilir ve sıklıkla gözden kaçır. Çocukta, gelişimle ilgili bir disfazi olduğu zannedilir. Ses kalitesi bunlarda sağır çocuklar kadar karakteristik değildir.

İletim tipi işitme kaybı: Hernekadar kesin kanıtlar yoksa da, okul öncesi çağda çeşitli defalar otitis media atakları geçiren çocuklar, din-

leme güçlüklerinden dolayı dil hastalıkları ve fonolojik problemler yönünden risk altındadırlar. Bu tip işitme kayıpları, eğitimde de kalıcı hendikaplara yol açabilmektedir.

3-Konjenital beyin hasarı veya disfonksiyonu: Çeşitli-konuşma ve dil hastalıkları ile sonuçlanan birçok değişik doğumsal defekt gözden geçirilmiştir(22). Bu çocuklarda gelişim ile ilgili hastalığın ilk belirtisi, dil gelişimindeki yavaşlama ise de, bunlarda yapılacak daha kapsamlı bir araştırmanın daha değişik problemler ortaya koyacağı kesindir. Yine de altta yatan sebebi araştırmak için, lezyonun tabiatını ve yerini tespit etmek amacı ile yapılacak bir çalışma, hastalığın tedavisine ve prognozuna ışık tutacaktır. Ayrıca çocuğa ve aileye yardım etmek için gereklidir de. Mental retarde çocuklarda, dil gelişimi, zekâ gelişimine göre daha fazla gecikme eğilimi göstermektedir.

a) Kromozomal hastalıklar: En yaygın kromozomal hastalık olan Down Sendromunda (trisomy 21) dil, sıklıkla ciddi biçimde bozulur. Bu bozukluğa yol açan ve birlikte bulunan diğer sebepler, yüksek oranda iletim tipi işitme kaybı ve konuşmayla ilgili kaslarda özel motor bozukluklardır. Genel olarak bakacak olursak; kromozomal hastalıklı çocuklarda dil bozukluklarının insidansı artıyormuş gibi gözükmektedir(7). Bu da daha çok gonozomal geçen çeşitli tipte mental retarde erkek çocukları içine almaktadır.

b) Hidrosefali ve Kokteyl Parti Sendromu: Bazı düşük zekâlı hidrosefalik çocuklar, hastalıkları ile orantısız iyi bir dil gelişimi gösterirler. Bunlar iyi bir kelime haznesine sahip oldukları halde konuşmalarının muhtevası çok zayıftır. Klasik konuşma testleri, anlama yeteneklerinin de zayıf olduğunu göstermektedir(9).

c) İnfantil otizm: Bu çocuklar da, emosyonel bozuklukları nedeni ile sosyal ilişkilerindeki gelişmenin ciddi biçimde bozulması ile karak-

terli major bir kavrama bozukluğu vardır. Çeşitli şekillerde dil bozukluğu görülür. Otistik çocukların konuşması detaylı biçimde analiz edilirse, bunların jest, mimik ve konuşmayla ilişkili işaret ve hareketlerinde de anormallik olduğu görülür. Otistik fakat çok fazla mental retarde olmayan çocuklarda dilin gelişmesi, asıl sosyal ve kişisel ilişki bozukluğu düzelmedikçe ona yüzeysel bir yetenek kazandıracaktır.

4- Kazanılmış beyin hasarı ve disfonksiyonu : Lokalize beyin lezyonlarının dil üzerine etkisi, çocuklarda ve yetişkinlerde çok farklıdır. Yetişkinlerde sol hemisferde sınırlı bir bölgede hasar disfazi ile sonuçlanabilir. Hasarın yeri ile dil bozukluğunun tipi arasında yakın bir ilişki vardır. Halbuki çocuklarda benzer bir lezyonun etkisi yaşa bağlıdır. Küçük çocuklarda sol hemisfer lezyonları tipik olarak disfaziye yol açmaksızın genel zekâ fonksiyonlarını deprese eder. Bu durum daha gelişmemiş olan beyin fonksiyonlarındaki esnekliğe yansır ve sol hemisferdeki hasarı takiben konuşma fonksiyonu sağ hemisfere geçmeye başlar ve orada gelişir. Bunlarda kalıcı bir disfazi olması için lezyonun bilateral olması gerekir. Konuşmanın öğrenilmesinden sonra oluşan sol hemisfer hasarında durum farklıdır. Bu durumda dil bozukluğu yetişkin disfazisindeki tipik özelliklerden farklı olarak sıklıkla kelime bulma güçlüğü ve fonolojik problemlerle kendini gösterir.

a) Konvulzif bir hastalıkla birlikte kazanılmış afazi (Landen-Kleffuer Sendromu): Nadiren, daha önceden normal konuşması olan bir çocuk, epilepsi ile birlikte çok ciddi bir anlama ve idrak problemi kazanır(10). Hasta çocukların konuşması ilk 4 ila 8 yıla kadar normal biçimde gelişir. Fakat sonradan ya aniden ya da haftalar veya aylar süren bir dönem içinde geriler. Büyük çoğunluğu afazilerinin başladığı sıralarda konvulsiyonlar geçirir. Geçirmeyenlerin EEG traselerinde konvulsiyona uyar deşarjlar vardır. Çocukların bazıları tamamen iyileşir, diğerlerinde dalgalanmalar gösteren dil

problemleri devam eder. Çok azı da epilepsiye aday kişiler olarak kalırlar. Bu çocuklarda konvansiyonel işitme testleri ve ERA normal bulunmuştur.

b) Dejeneratif hastalıklar: Konuşma ve dil, dejeneratif beyin hastalıklarının bazılarında progressif biçimde kaybolabilir. Bu aslında daha yaygın olarak görülen psikososyal davranışlardaki kaybın bir parçasıdır (21). Beyin hasarı sıklıkla yavaş ilerler. Algılama fonksiyonlarının global olarak bozulduğu diğer hastalıklarda olduğu gibi bunda da dil gelişimindeki gerileme, dejeneratif hastalığın ilk belirtisi olabilir. Çocuklukta dejeneratif beyin hastalıklarının diğer belirtileri, ender görülen otistik davranışla birlikte görülen konuşma kaybı, sosyal izolasyon ve opsesyonal davranışlardır.

5- Duygu ve davranış bozuklukları : Emosyonel bozukluklar, çocuğu çevre ile ilişki kurmaya isteksiz hale getirebilir. Ancak, başka bir psikolojik bozukluk belirtisi yok ya da az ise çocuğun dilindeki gecikmeyi sadece duygu ve davranış bozukluğu ile açıklamak çok zordur. Bu durumda her vakada daha dikkatli bir etyolojik araştırma gereklidir.

Elektif mutizm: Bu terim her durumda konuşmayı reddeden ürkek ve korkak çocuklar için kullanılan bir terimdir. Bunların bir kısmı sağır ve dilsiz zannedilirler. Elektif mutizmi çocukların önemli bir kısmında telaffuz ve dil defektleri vardır. Bu çocukların devamlı susmalarına, konuşmalarının bozuk oluşunu etrafın bilmesini istememeleri açısından anlam verilebilir. Ama bazı çocuklar vardır ki normal konuşabildikleri halde yine de susmayı tercih ederler. Böyle hastaların dil gelişimi normaldir. Psikiyatrik davranış bozukluklarının birtakım özelliklerini gösterirler.

6- Çevre ile ilgili ilişki ve uyum yoksunluğu : Burada çevreye bağlı gerilikler söz konusudur. Dilin gelişimi, çocuk ile yetişkin arasındaki kar-

şıklı alışverişe bağlıdır. Eğer çevredeki erişkinler zaman azlığı ya da eğitimsizlik gibi sebeplerle bu alışverişi yapamazlarsa, çocuğun dili fakir kalır veya konuşması gecikir. Mesela, bazı kreşler ve eğitimsiz ailelerin çocuklarında olduğu gibi. Özellikle ana okullarında bu konuya önem vermek gerekir.

7- Sebebi bilinmeyen gelişimle ilgili dil hastalıkları: Birçok çocukta belirgin bir açıklaması yapılamayan dil hastalığı vardır. Periferik duyması, zekâ seviyesi normaldir ve aile ortamı dil gelişimi için yeterlidir. Genetik, fizik, psikiyatrik hiçbir anomalisi yoktur. Bunların özel sebeplerinin ilerde anlaşılması mümkün olmasa da bugün için gelişimle ilgili dil hastalıkları demek daha doğrudur.

a) Bunlardan biri kekemeliktir. Kekemeliğin, dünyada ve ülkemizde yaygın bir konuşma bozukluğu olması nedeni ile ayrıca değinilecektir.

b) Dilin geç kazanılması: Bu terim sıklıkla her bakımdan gelişmesi normal fakat dil gelişim hızının yavaş olduğu çocuklar için kullanılır. Kazanılan dil normaldir ve çocuk ancak 6 yaşına doğru konuşmaya başlar. Bu durum nörolojik bir gelişim bozukluğu olmaktan ziyade normal biyolojik bir varyant olarak ta kabul edilebilir. Böyle vakalarda klinisyenlerin problemi, dil gecikmesini dil hastalıklarından nasıl ayıracaklarıdır. Birinci ipucu; bir süre takip edildiğinde hastalığın seyrinin ciddiyetinin değişip değişmediği ; ikincisi, çocuğun konuşması kendinden daha küçük normal çocukların konuşmasına benziyor mu benzemiyor mu. Benziyorsa normal konuşmaya aday bir çocuktur.

c) Fonolojik Syntactic Sendrom: 1983 yılında tanımlanmış bir sendromdur(17). Bu, gelişim ile ilgili dil hastalıklarının en yaygın görülen çeşididir. Bu çocuklarda dil muhtevası normaldir. Ama fonolojik olarak özel güçlülere sa-

hiptirler. Hastalık total olarak konuşma şekli anlaşılmasın bir formdan, ses sistemindeki minor deviasyonlara kadar çok farklı şekillerde görülür. Bu çocukların aileleri, çocuğun dil gelişiminin yavaş olduğunu söylerler ve sıklıkla dil ve okuma güçlükleri bakımından pozitif aile hikâyesi vardır. Erkeklerde kızlara göre 2 ya da 3 misli fazla görülür. Bu çocukların fonolojik problemlerine ek olarak yutma, emme ve çiğneme güçlükleri ile birlikte, oromotor disfonksiyonları da bulunabilir. Hastalık zamanla ancak çok yavaş biçimde iyileşir. Normal konuşma elde edilebilir fakat konuşma güçlüğü, çocukların okul başarılarını ve sosyal ilişkilerini ciddi biçimde etkiler.

d) Semantik pragmatik hastalık: Bu hastalıkta çocuk kendi dilini sosyal bir araç olarak kullanmakta güçlük çeker. Sonuçta dilini olduğu gibi mecazsız kinayesiz ve rijit biçimde kullanır ve major kavram güçlükleri içindedir. Özellikle soyut kavramları anlayamaz. Sosyal ilişkileri kolayca başlatamaz ve sürdürmez. Sosyal davranışın kurallarını anlamada güçlük çeker. Sonuçta sosyal yönden izole bir kişi haline gelir. Bu terim de ilk defa 1983 yılında kullanılmıştır(17). Semantik ve pragmatik problemlerin hafif şekli, özellikle büyük çocuklarda gizli olabilir ve normalden ayırt etmek oldukça zordur. Fakat detaylı dil testleri ile kavram güçlükleri ortaya konur. Bu çocuklarda klasik konuşma tedavisinden ziyade, sosyal ilişkilerini geliştirmek yönünde programlar uygulanmalıdır.

Konuşma bozukluklarının insidansı : Konuşma defektleri genel olarak çocuklarda fazladır ve adolesan çağa doğru gittikçe azalır. Yetişkin çağda insidans değişmez. Fakat 40 yaşından sonra gittikçe artma eğilimi gösterir. Erkeklerde kadınlara göre daha siktir. Bir epidemiyolojik çalışmada, okul öncesi çağda konuşma-dil bozukluğu % 11 olarak tespit edilmiştir(3). Bu oran başka çalışmalarda %20 ye kadar çıkmaktadır(8,18). Okul çağındaki çocuklarda 17 yaşına kadar % 5 oranında an-

lamlı konuşma defekti olduğu tahmin edilmektedir. Bazı çalışmalar bu oranı %10 olarak göstermektedir. Bu hastalıkların büyük çoğunluğunu fonksiyonel artikülasyon bozuklukları teşkil eder. Diğerleri hatalı dil formülasyonu, ses bozuklukları ve kekemeliktir. Yetişkinlerde kekemelik ve artikülasyon bozuklukları yerine ses bozuklukları çok görülmektedir. Diğer ülkelerde konuşma patolojistleri, otolarenkolojistlerin ilgi alanına giren asıl sorunun bu ses bozuklukları olduğunu ifade etmektedirler.

Konuşma bozukluklarının sınıflandırılması

- 1- Artikülasyon defektleri
- 2- Kekemelik
- 3- Hatalı sembolizasyon
- 4- Ses hastalıkları

Konuşma bozukluğu olan bireylerde bu bozuklukların sıklıkla iki veya daha fazlası birarada bulunur.

Artikülasyon bozuklukları:

Artikülasyon: Solunum havasının ağız ve burunda konuşma dilinin geleneksel sesleri biçimine gelmesi için şekillenmesidir. Buna dislali yada telaffuz bozuklukları da denir. Konuşulan dilde seslerin atipik veya hatalı biçimde çıkarılması olarak da tanımlanabilir. Artikülasyon defektleri, konuşma bozuklukları içinde en sık görülenidir(14). Artikülasyon bozukluklarının derecesi ve şekilleri çok değişiktir. Total olarak anlaşılmasın formdan, konuşmada küçük hatalara kadar uzanan değişik şekillerde görülür. Etiyolojisi multifaktöriyeldir. Araştırmalar artikülasyon defektli çocukların konuşmalarını, sapmış konuşma şekli olarak tanımlanabileceğini göstermektedir. Gecikmiş konuşmalı çocukların konuşmasında, düzgün ve gecikmiş konuşma karakterleri bir arada bulunabilirken, sapmış konuşmalı çocukların artikülasyonu hata kalıpları ile doludur. Geleneksel olarak bugüne kadar artikülasyon problemlerinin fo-

netik yönü üzerinde durulmuştur. Fakat son zamanlarda foniatri alanında yapılan çalışmalar, artikülasyon hastalıklarının biraz daha anlaşılır hale gelmesine yardım etmiştir. Bu gün için artikülasyon hastalıklarını, hem lingistik hem de fizyolojik açıdan ele almak gereklidir. Bu yüzden fonetik ve fonoloji arasındaki kompleks ilişkiyi ayırt etmek, artikülasyon hastalıklarının tabiatını anlamak bakımından önemlidir.

Artikülasyonun fonetik yönü: Konuşma artikulatorlarının yani dudaklar, dil ve damağın kişiye özgü konuşma sesini oluşturmak maksadıyla hava akımında modifikasyonlar yapmak için hareketler ve ayarlamalar yapmasıdır.

Fonolojik yönü: Dilin, ses sisteminin dildeki benzer ifadeleri veya kelimeleri ayırmak için organize edilmesidir. Artikülasyon hastalıklarının özelliklerini anlamada bir başka yol ise, her bir defekti terimler halinde aşağıdaki 4 klasik tipte sınıflandırmaktır.

1- Yerine koyma : Belli bir ses, kelimenin başında, ortasında veya sonunda başka bir ses ile yer değiştirir. Sık görülür, çıkarılması zor olan sesin yerine başkası getirilir. Bazı kelimelerde ses değişikliği yapılırken aynı ses değişikliği başka kelimelerde yapılmaz. Örneğin yüzük yerine yüsük, beş yerine boş, toprak yerine torpak, kamyon yerine kaymon, yalnız yerine yanlış gibi .

2- Sesin düşürülmesi veya atlanması: Küçük yaşlarda daha sık görülür. Örneğin geliyo(r), gidiyo(r), ar(a)ba, sa(a)t, e(k)mek gibi.

3- Sesin bozulması: Bu bozuklukta ses atlanmasa ya da değiştirilmese bile kiminde söylenen anlaşılabilir. Sık rastlanmayan bu şekilde sesler bozulur, konuşma dilinde olmayan şekle girer. Hangi seslerin bozulduğuna ilişkin bir kural bulmak zor olduğu gibi, oluşturulan ses de tanınmayabilir. Örneğin gidiyor musun yerine gidiyon mu, gelir yerine geli, karagöz yer-

ne kargöz gibi.

4- Ses eklenmesi: Söylenen kelimeye onun bir parçası olmayan extra bir ses eklenir. Bu ek, kelimenin herhangi bir yerinde olabilir. Örneğin t(i)ren, sa(h)at gibi.

Artikülasyon defektlerinin sebepleri: Artikülasyon defektlerinin etyolojisinin sıklıkla bilinmemesine ve çeşitli faktörlerin kombinasyonunun bir sonucu olarak kabul edilmesine rağmen, sebep olarak bazı organik ve fonksiyonel faktörler tanımlanmıştır.

Fonksiyonel sebepler: Bunlar psikolojik, çevre ve alışkanlıklarla ilgili faktörlerdir.

Psikolojik faktörler: Bireyin kişilik yapısını ve dolayısıyla konuşma da dahil olmak üzere onun sosyal davranışlarını etkiler.

Çevre faktörleri: Alışlagelen konuşma standartları, kişinin konuşma performansı kazanmasında farkında olarak ya da olmayarak etkilidirler. Alışkanlıklar ise, kişinin uygun olan veya olmayan davranışlarının otomatizitesi ile ilgili öğrenilen kavramlardır. Alışkanlıklar, tedavide problemin persistansına ve başarılı bir tedaviye direnç göstermesine sebep olabilirler.

Fonksiyonel sebepler konusunda çocuğa aşağıdaki soruların sorulması, faydalı bir bakış açısı sağlayacaktır.

- 1) Çocuğun oturması, yürümesi, yemesi, konuşması ve tuvalet alışkanlığı kazanması normal bir seyir takip etti mi ?
- 2) Doğumdan bu yana ağır bir hastalık geçirdi mi veya geçici bir dönem işitme kaybı oldu mu ?
- 3) Aile ortamından uzun bir süre uzak kaldı mı ?
- 4) Anne-baba arasında veya onlarla çocuk arasında hissi bir mesele var mı ?

5) Özellikle konuşmaya hazırlık döneminde (9 ay - 5 yaş) çocuğa uygunsuz veya ağır bir ceza verildi mi ?

6) Çocuğun çevresinde taklit edebileceği benzer örnekler var mı ya da var mıydı?

Bir artikülasyon defekti değerlendirilirken, çocuğun mental yapı ve zekâ seviyesi de göz önüne alınmalıdır. Çünkü zekâ, çocuğun idrâk ve kavrama fonksiyonlarında rol oynar ve öğrenme yeteneğinin altında yatan en önemli faktördür. Öğrenme ise, dilin kazanılmasında ve konuşmada temel bir fonksiyon olduğu için zekâ faktörleri konuşma performansını etkiler. Bu yüzden çeşitli araştırmalarda, düşük zekâlı çocukların daha çok artikülasyon hataları yaptıkları görülmüştür.

Organik sebepler: Birçok konuşma patolojisti, artık organik dislali konusuna ihtiyatla yaklaşmaktadırlar. Dilde, dudaklarda, dişlerde ve damaktaki anomaliler, eskiden beri artikülasyon güçlükleri ile ilişkili bulunmuştur. Ancak son zamanlarda artikulatuar mekanizmadan, organik bozuklukların direkt olarak sorumlu oldukları konusundaki görüşler değişmiştir. Örneğin diş bozukluklarının, defektif artikülasyonda sorumluluğu konusunda literatürde karşı görüşler vardır. Ancak, şüpesiz bazı çocuklarda dişlerin anormal derecede okluzyon bozukluğu, ileri derecede bir makroglossi veya mikroglossi artikulatuar mekanizmanın gelişmesine engel olmaktadır. Fakat benzer organik bozukluğu olan bazı çocuklar, aynı sesleri diğerine göre düzgün biçimde telaffuz edebilmektedir. Öte yandan normal organik yapıda bazı çocuklar, aynı sesleri yanlış telaffuz edebilmektedir. Bu gözlemler, oral yapı ve telaffuz becerisi arasındaki ilişkinin, basit ya da orantılı olmadığını ortaya koymaktadır. Anne baba sıklıkla, telaffuz defektli çocuklarını doktora dilinin bağlı olup olmadığını kontrol ettirmeye getirirler. Dil bağlanması terimi frenilum liguannın anormal derecede kısa ve gergin olduğu

durumlarda kullanılmaktadır. Çocuklarda bu patolojinin varlığı eskiden beri bilinmesine rağmen, bunun, çocuğun artikülasyonuna etkisinin çok ender olduğu kabul edilmektedir. Mesela, 1941 yılında bir çalışmada bin çocuk muayene edilmiş, bunlardan sadece 4'ünde artikülasyon defekti bulunmuştur. Hatta aynı çalışmada, enfeksiyon, hemoraji ve reziduel skar dokusu gibi komplikasyonlarından dolayı frenulumun kesilmesi tavsiye edilmemektedir. Hem frenilumu kısa hem de artikülasyon defekti olan kız çocukta freniluma müdahale etmeksizin artikülasyon defektinin eğitimle düzeldeği görülmüştür. Tabii, frenilum çok kısa, dil ucu immobilize ise, cerrahi işlem gereklidir. Ancak bu çocuklarda cerrahi işlemden sonra da o zamana kadar alışık oldukları konuşma defektleri sürmekte ve zamanla düzelmektedir.

Çocuk, dilini kesici dişlerin ötesine uzatabiliyor ve dilin ön üst dişlere dokundurulması ile söylenen t,d,e,s gibi harfleri söyleyebiliyorsa, freniluma müdahale gereksizdir. Normalde dişler, konuşma seslerinin oluşmasında çok önemli rol oynar. Ancak araştırma ve klinik gözlemler, diş anomalisi olan birçok kişinin kompensatuar düzenlemeler geliştirerek, düzgün şekilde konuşabildiklerini göstermektedir. Son yıllarda araştırmalar, dilin itilmesi (tongue thrust) olarak adlandırılan bir sendrom üzerinde yoğunlaşmıştır.

Sendromun özellikleri şunlardır: 1- Ağızı kapayan kaslarda aşırı bir gerginlik 2- Çiğneme ve yutma kaslarının kontraksiyonunda azalma veya kaybolma 3- Dilin ön dişlere doğru anormal biçimde itilmesi. Sendromun sebebi belli değildir, ağız solunumu ve hipertrofik tonsillerle birlikte görülebilmektedir. Hatta hipertrofik tonsillerin bu sendroma neden olabileceği ileri sürülmüştür. Ancak bu sendrom, her zaman artikülasyon defektine sebep olmamaktadır.

Motor konuşma hastalıkları:

Disartri ve apraksi:

Dizartri: Konuşmada rol alan kasları direkt olarak regule eden, merkezi ya da periferik sinir sisteminde bir lezyondan dolayı gelişen artikülasyon bozukluğudur. Konuşma kaslarında zayıflık, hareketlerinde yavaşlama, düzensizlik veya kas tonusunun bozulması söz konusudur. Çocuklarda genellikle, serebral palsi ile birlikte görülür. Disartrik çocuklar sıklıkla ciddi iletişimasyon güçlüğü içindedirler.

Apraksi: Aprakside ise konuşma kasları normaldir. Fakat konuşma sırasındaki koordine biçimde hareket yetenekleri bozulmuştur. Aprakside, beynin sol frontal lobunda (Broca Alanı) konuşmanın planlandığı bölgede hasar olduğu kabul edilmektedir.

Her iki durumda da kişinin telaffuz yeteneği ciddi biçimde bozulmuştur. Bozukluğun derecesi, altta yatan nöromusküler bozukluğun tipi ve derecesine bağlıdır. Bu iki klinik durumun ayırıcı tanısı oldukça zordur. Prognoz, nöromusküler hastalığın tipine ve şiddetine bağlıdır.

Kekeleme: Kekemelik, konuşmanın normal ritminin kesilmesidir. Kekeme bir kişi ne söyleyeceğini bilir, fakat istem dışı olarak hece ya da kelimenin tekrar edilmesi, uzatılması veya belirli bir yerde kesilmesi nedeni ile söyleyeceği şeyi kolayca ifade edemez. Kekeme bir kişide bu tür konuşma özelliği yanında solunum düzensizlikleri, dil ve çenede anormal hareketler, gövde ve extremitelerde de istem dışı hareketler ve yüz tikleri birlikte görülebilir. Bazı ekollere göre kekemelik derecelerine ve şiddetine göre 4 kısma ayrılır.

Grade 0: Hasta kekemeliğinden yakınır ama konuşmasında hiç kekemelik yoktur.

Grade 1: Hafif bir kekemelik vardır. Karşısındaki ile rahatça konuşur. Konuştuğu kelimele-

rin % 0-5'ini kekeler.

Grade 2: Orta derecede bir kekemelik vardır. Karşısındaki ile anlaşması hafifçe bozulmuştur. Kelimelerin % 6-20'sini etkiler.

Grade 3: Şiddetli bir kekemelik vardır. Bu kişilerle anlaşma oldukça bozulmuştur. Konuşulan kelimelerin % 20'sinden fazlası kekelenir.

Kekemeliğin oluşmasını etkileyen faktörler

1) Yaş: Kekemeliğin en sık rastlandığı yaşlar, ilk ve orta okul çağlarıdır. Bu çağlarda görülmeye oranı % 1 olarak tespit edilmiştir. Bazı yazarlar 7 yaş civarında en sık görüldüğünü ve oranın % 4'e kadar çıktığını ifade etmişlerdir.

2) Cins: Kekemeliğin cinse göre farklılıklar gösterdiği yapılan araştırmalarla ortaya konmuştur. Erkek çocuklarda daha sık görülür. Bu konuda çeşitli yazarlar 2/1, 4/1, 10/1 gibi oranlar vermişlerdir. Yaş ilerledikçe bu oran erkeklerin aleyhine artar. Erkeklerde sık görülmesi konusunda 2 teori vardır. Birincisi, kız çocukların genetik geçişli hastalıklara daha dirençli olduğu; ikincisi ise kız çocuklara göre daha geç konuşmaya başlayan erkek çocuklara, düzgün konuşmaya çabuk ulaşmaları için ailenin baskı yapmasıdır.

3) Zekâ : Yapılan çeşitli tipte araştırmalar, kekemenin ortalama zekâsının, normal ya da normalin altında olduğunu göstermektedir. Kekemelik ile düşük zekâ düzeyi arasında paralelizm görülmüştür.

4) Lateralite: Yani el tercihi konusunda kesin kanıtlar yoktur.

5) Sosyal çevre : Yapılan araştırmalar, kekeme kişilerin daha çok sosyoekonomik düzeyi yüksek ailelerden geldiğini göstermektedir. Ayrıca, bu çocukların bazı özel aile yapıları içinden geldiği tespit edilmiştir. Bu ailelerde anne ve babaların dominant karakterde oldukları, çocuklarını çok eleştiren, fazla kontrollu ve onlardan çok şey isteyen özellikler taşıdıkları ispat edilmiştir.

Klinik tablo: Kekeme çocuklarda konuşmaya başlama diğer çocuklara göre geç olur. Keke-meliğin başlangıcı %50 vakada 5 yaşından önce; %90 vakada ise 8 yaştan öncedir. Ender olarak adolesan ve erişkin çağda ortaya çıkan kekemelikler de vardır. Bunlarda prognoz daha iyidir.

Sebepleri: Kekemeliğin bugün için bilinen kaynağı, telaffuz sırasında periferik konuşma mekanizmasında görülen bazı koordinasyon bozukluklarıdır. Kekeleme sırasında konuşma kasları üzerinde yapılan bir çalışmada larenks, çene ve dudakta bulunan antagonistik kasların, patlayıcı biçimde aniden kasıldıkları, aktivasyon seviyelerinin yüksek olduğu ve hareket öncesi aktivasyon periyodunun uzun olduğu tespit edilmiştir(12). Yüzyıllardan beri bilinen bir hastalık olmasına rağmen, kesin sebep halen bilinmemektedir. Sebeplerin daha karmaşık, daha kompleks olması muhtemeldir. Herediter olduğu konusunda kesin kanıtlar yoktur. Bu konuda ülkemizde yapılan bir çalışmada Hacettepe psikiatri kliniğinde kekeme çocukların aile ve akrabalarında %46'ya varan bir oranda kekemelik bulunmuştur. Tetik çekici olarak çeşitli örselenmeler ve korkular, korkutucu etkenler oldukça önem taşımaktadır. Aynı çalışmada, son bir yıl içinde kekelemeye başlamış 75 çocuğun büyük bir çoğunluğunda, belirgin bir korkutucu olayın kekemeliği başlattığı gözlemlenmiş ve bu çocukların örseleyici olaydan önce korkak, sindirilmiş ve cezalandırılmış olarak yetiştirildikleri vurgulanmıştır (10).

Sembolizasyon defektleri:

Soyut bir anlamda dil, insanlar tarafından düşünce ve hareketlerin organize ve sembolik biçimde ortaya konması olarak tanımlanabilir. Bu yüzden, konuşmadan önce gelen işlem, dilin anlama ve formulasyonunu içine alan sembolizasyondur. Bu işlem bozulduğu zaman, sözlü iletişimde gerekli sembollerini kullanama-

ma ya da sınırlı biçimde kullanma ile meydana gelen bir iletişim hastalığı ortaya çıkar. Bu güçlük, çocuklarda çeşitli farklı klinik şekillerde görülür. Mesela, özel dil bozukluğu olan, afazili, mental retarde, otistik, işitme defekti olan çocuklarda görülebilir ve dil gelişimini ciddi biçimde etkiler. Bu kategori, gecikmiş veya sapmış konuşmadan afaziye kadar çeşitli problemleri içine alır. Burada afaziye kısaca değinmek yerinde olacaktır.

Afazi: Afazi terimi, genel olarak anlamada ve dille ilgili sembollerin kullanılmasında bozukluk olarak tanımlanabilir.

Konjenital Afazi:Doğum sırasında mevcut olan ve konuşma bozukluğuna sebep olan nörolojik tutulumdan dolayı konuşmanın kazanılmamasıdır.

Kazanılmış afazi: Önceden intakt olan konuşma yeteneğinin, beyin hasarına sekonder olarak gelişen akut bozukluğudur (Kazanılmış afazili çocuklar diğer konuşma bozukluğu olan çocuklardan çok farklıdır. Bu çocuklar hastalık ya da travmadan dolayı oluşan beyin hasarı sebebiyle konuşmalarını tamamen yitirmişlerdir).

Hasarın olduğu yaş ve lezyonun lokalizasyonu, konuşma bozukluğunun şeklini ve prognozunu tayin eden 2 önemli faktördür. Mesela, hasar 9 yaşından önce olmuşsa ve bir hemisfere lokalize ise çocuk, sıklıkla normal ya da normale yakın bir konuşma geliştirebilir. Genelde geç başlayan lokalize lezyonlarda prognoz en iyi, progresif yayılım gösteren lezyonlarda prognoz en kötüdür. Afazili çocuklar, yanlışlıkla mental retarde, sağır ya da emasyonel kusurlu teşhis edilebilirler. Çünkü afazili çocuk, standart zekâ testlerine cevap veremez ve sağır zannedilir. Çünkü duyduğunu ifade için sözlü sembollerini kullanamaz. Emosyonel bozukluğu olduğu zannedilir. Zamanla davranış bozuklukları geliştirir. Çocukta afazi-

yi teşhis etmek çok zordur. Bunun için ilgili klinisyenlerin işbirliği gerekir.

Yetişkinlerde afazi :

Bunlarda afazi, vasküler bozukluklar (tromboz, emboli, hemoraji), tümörler, dejeneratif ya da enfeksiyöz hastalıklar ve travma sonucu oluşan kortikal lezyonlardan ileri gelir.

Afazi, kortikal dokudaki organik bozukluk sonucu oluşan dil problemidir. Konuşma kaslarının hatalı innervasyonu, periferik duyu organlarının disfonksiyonu, ya da genel bir mental yetmezlikten dolayı değildir. Afazinin çok çeşitli sınıflandırmaları yapılmıştır. Bunlardan en sık kullanılanı özet olarak şöyledir:

1)Konuşulan ve yazılan sembolleri anlamada bozukluk.

Reseptif A

fazi: Buna vernike afazisi de denir. Lezyon sağ elini kullananlarda gyrus temporalis superior-dadır. Bu da Brodman'ın 51. ve 52. alanlarına uyar.

2) Bir fikri konuşma veya yazı olarak ifade etmede bozukluk:Buna expressif afazi ya da Broca afazisi de denir. Lezyon sağ elini kullananlarda 3. frontal gyrusun arka kısmındadır. Bu da Brodman'ın 44. alanına uyar.

3)Yazma ve konuşma sırasında cisimlerin, hallerin ve keyfiyetlerin isimlerini bulmakta güçlük: Amnezik afazi ya da nominal afazi de denir. Yeri Vernike merkezi ile gyrus angularis arasındadır. Bu da Brodman'ın 22. ve 37. alanlarına uyar.

4) Bu tipte hem expressif hem de reseptif afazi bir aradadır. Buna mixt afazi de denir.

Ses hastalıkları:

Normal ses çıkarabilmek için, fonasyon organlarının gerek anatomik, gerekse fonksiyonel yönden kusursuz olmaları gerekir. Periferik fo-

nasyon organlarında, sadece larenksi ilgilendiren ses bozukluklarına disfazi denir. Oysa burun, boğaz, larenks üstü rezonasyon boşluklarında ses bozuklukları oluşmaktadır. Bu ses bozukluklarından fonemlerin doğru telaffuz edilememesinden dolayı olan bozukluklara dislali, nörolojik sebeplere bağlı telaffuz bozukluklarına disartri, burun boşluğu hastalıklarına bağlı ses bozukluklarına rinolali diyoruz. Ses kısıklıklarının teşhisinde larenks muayenesi büyük önem taşır. Bu muayenede direkt, indirekt ve mikroskopik muayeneler uygulanır. Patolojik bulgu tespit edilen disfonilere organik, tespit edilemeyenlere ise fonksiyonel disfazi denir.

Larenks muayenesi hastaya hem solunum hem de ses çıkarılması sırasında yapılmalıdır. Larenks muayenesinde patolojik bulgular şöyle özetlenebilir.

A) Larenks mukozası üzerindeki değişiklikler

1) Anormal renk.

2) Mukoza üzerinde krutlar.

3) Hiperplazi ve tümöral oluşumlar

4) Ülser ya da atrofi.

5) Konjenital bozukluklar.

6) Cerrahi ya da travmaya bağlı scar dokusu.

B) Larenkse ait hareket bozuklukları.

1) Gerginlik artımı.

2) Hareket azlığı.

3) Sağ ve sol vocal cordlar arasındaki hareket ve titreşim düzensizliği.

Disfonilerin nitelikleri:

Belli başlı 3 niteliği söz konusudur.

1) Nitelik ses kısıklığının derecesidir. Hafif bir ses kısıklığından, afazi denilen tamamen sesin çıkmamasına kadar değişebilir.

2) Nitelik ses kısıklığının sürekliliğidir.

Ses kısıklığı ya sürekli bulunur ya da zaman zaman ortaya çıkar. Sürekli kısıklıkta bazan kısıklık derecesi değişmektedir. Zaman zaman olan kısıklık bazen belli bir patolojiye bağlı olmakla birlikte bazen de larenkste hiç-

bir patoloji bulunmaz.

Nitelik ses kısıklığının gelişme durumudur. Kısıklık aynı derecede seyredebileceği gibi ilerleyici de olabilir.

Disfonilerin sınıflandırılması:

Disfoniler, nedenlerine göre literatürde çok karmaşık ve değişik biçimde sınıflandırılmıştır. Foniatrik açıdan ayrıntıdan kaçınarak disfonileri 4 grupta özetlemek mümkündür.

1) Gerçek larenks bozukluklarına bağlı periferik organik disfoniler
2) Larenks sinir sistemi bozukluklarına bağlı organik disfoniler

3) Genel bazı bozukluklara ve kötü alışkanlıklara bağlı disfoniler.

4) Gerçek fonksiyonel disfoniler.

Gerçek larenks bozukluklarına bağlı periferik organik disfoniler de 4 alt gruba ayrılır.

a) Larenks enfeksiyonları

b) Larenks travmaları.

c) Larenksin doğuştan oluşum bozuklukları.

d) Larenks tümörleri

Larenks enfeksiyonları:

1) Akut larenks enfeksiyonları,

2) Kronik larenks enfeksiyonları,

3) Spesifik larenks enfeksiyonları

Akut Larenks Enfeksiyonları:

1) Basit akut larenjitis,

2) Gripal larenjitis,

3) Döküntülü hastalıklarda görülen larenjitis,

4) Özel akut larenjitisler (subglottik ve stridülöz larenjitisler)

Akut larenjitisler, çoğunlukla üst ve alt solunum yolları enfeksiyonları ile birlikte bulunur. Larenks mukozası hiperemiktir.

Virutik soğuk algınlığı, kızıl, kızamık gibi döküntülü ateşli hastalıklar sırasında akut larenjitislere oldukça sık rastlanır. Özellikle çocuklarda görülen akut larenjitislerde infra glottik bölgede ödem oluşarak solunum yolunu daraltabilir ve nefes darlıklarına yol açabilir. Ayrıca

çocuklardaki akut larenjitislerde, çocuk uyanırken vokal cordların abduktör kaslarının istemli olarak aşırı çalışması nedeni ile gündüz rahat olmasına rağmen gece uykuda bütün istemli hareketler kaybolduğundan nefes darlığına girmektedirler.

Kronik Larenks Enfeksiyonları:

Bunlar da 5 grupta incelenirler:

1)Kronik kataral larenjitis,

2)Kronik hipertrofik pseudoülseratöz larenjitis,

3)Kronik atrofik larenjitis,

4)Kırmızı pakidermik larenjitis,

5)Beyaz pakidermik larenjitis.

Kronik larenjitislerin ortak sebepleri, burun tıkanıklıklarının yol açtığı ağızdan sürekli solunum, paranasal sinüslerin ve akciğer enfeksiyonları ile fazla sigara alkol kullanımı, tozlu veya kirli hava şartlarına devamlı maruz kalma ve fazla ses kullanımımıdır. Klinik görüşler değişik olmakla birlikte ortak belirtileri sürekli ses kısıklığının günden güne değişkenlik göstermesi, larenkste yabancı cisim hissi ve gıcık öksürüktür.

Bütün kronik larenjitis türleri kronik kataral larenjitis adı verilen birinci klinik şekille başlayabilir. Başlangıçta mukoza rengi hiperemiktir. Daha geç dönemde larenks mukozasında hipertrofi gelişir. Pseudömiksomatöz şekilde jlatinimsi bir kitle vocal cordları kaplayarak glottise doğru sarkabilir. Reinke ödemi denilen bu şekil nefes darlığı bile yapabilir. Bazen de larenks mukozası zayıflayarak incelik, direncini kaybeder, üzerinde yer yer crutlar oluşur. Kronik atrofik larenjitis adı verilen bu şekilde çoğunlukla hastanın burun boşluklarında da ozena vardır. Bazan da tüm larenks mukozası kalınlaşıp kabalaşarak sürekli kırmızı bir renk oluşur. Kırmızı palidermik larenjitis adı verilen bu üçüncü tür bazen mukoza üzerinde yer yer granülomatöz yapılar gösterir.

Dördüncü grubu oluşturan beyaz polidermik larenjitis adı verilen şekilde vocal cordlar üze-

rinde hiperkeratoz gelişir. Bazan da vocal cordlar üzerinde erimiş ve çatlamış mum lekeleri görünümünde lokoplakiler görülür. Hiperkeratoz ve lokoplaki her ikisi de prekanseröz kabul edilir.

Spesifik larenks enfeksiyonları:

1. Larenks tbc.
2. Larenks sifilizi
3. Larenks difterisi
4. Larenks sarkoidozu
5. Larenks mikozları
6. Skleroma

Larenks tbc oldukça nadirdir. Akc. tbc. lilerin %4 ünde rastlanır. Diğer kronik larengitis ve Ca ile karıştırılabilir. Larenks sifilizi oldukça enderdir, bugün önemini yitirmiştir. Larenks difterisi de çok enderdir. Çocukluk çağının önemli hastalığıdır. Tonsiller üzerinde görülen beyaz membranöz yapı larenkste de görülür. Larenks sarkoidozu: Sarkoidoz retukiloendotelial sistemin sebebi bilinmeyen granulatöz bir hastalığıdır. Larenkste granulatöz yapılarla kendini gösterir. Larenks mikozları ve skleroma son derece nadirdir.

Larenks travmaları:

- a) Vocal cordların aşırı zorlanmasına bağlı olanlar
 - b) Dış travmalara bağlı larenks yaralanmaları
 - c) Larenkse yapılmış olan değişik cerrahi girişimlere bağlı sekeller
- Vocal cordların aşırı zorlanması kuvvetli bir ses çıkarma eforu sırasında görülebilir. Bir veya iki vocal cord içi kanama olabilir. Larenkse dıştan gelen travmalarda yara açık veya kapalı olabilir. Larenks iskeletinde kırık ve çıkık bulunabilir. Bu travmalar larenks eklem ankilozlarına yol açarak vocal cordların hareketsiz kalmasına neden olabilmektedir. Yine genel anestezide entübasyon tüplerinin tahrişine bağlı olarak özellikle arka kommissürda gelişen enfeksiyöz granülomlar da ses kısıklığına neden olabilmektedir.

Larenks tümörleri:

1. Benign tümörler
2. Malign tümörler

Benign tümörler:

- A) Enflamatuar yalancı tümörler
- B) Gerçek benign tümörler

Enflamatuar yalancı tümörler:

1. Vocal cord nodülleri
2. Polipler
3. Larengeal ventrikül eversiyonu
4. Larenksin amiloid tümörü

Nodül en sık görülen türü oluşturur. Bazan tek bazan çift taraflıdır. Genellikle cordların 1/3 ön kısmında görülür. Sesin fazla zorlanmasından dolayı oluşan mekanik sürtünmelere karşı oluşmuş hiperkeratozlardır.

Poliplerin oluş nedeni olarak ta; vocal cordların sigara,alkol, tozlar ve kimyasal buharlarla tahrişi üst ve alt solunum yollarının kronik enfeksiyonları gösterilmiştir. Daha çok erkeklerde görülür. Zamanla büyüyerek büyük boyutlara ulaşabilir.

Larenks ventrikülü; mukozasının ters dönerek larenks boşluğuna patik şeklinde sarkması son derece nadirdir. Larenks amiloidi de çok nadirdir. Gerçek bir tümör değil, lenfosit ve plazmositlerin bir salgısıdır. Çoğunlukla vocal cordlar üzerinde polip niteliğinde kırmızı ve sert bir yapıda görülür.

Larenksin benign gerçek tümörleri:

1. Larenks kistleri
 2. Angiomalar
 3. Kondrom
 4. Lipom
 5. Fibrom
 6. Plazmositom
 7. Papillom
- olarak özetlenebilir.

Larenksin malign tümörleri:

Büyük bir çoğunluğunu larenks kanseri oluşturur. Daha çok 50 yaş civarında erkeklerde görülür. Bu tümör %70 oranında vocal cordlardan başladığı için en önemli belirtisi ses kısıklığıdır. Kanserde ana ilke daha ilk gelişmede tanınarak sınırlı bir cerrahi müdahale ile tedavi olduğu için 15 gün süren bir ses kısıklığının kesinlikle bu yönden de incelenmesi gerekir.

Larenks sinir sistemi bozukluğuna bağlı organik disfoniler:

Bu konu 3 bölümde incelenebilir

1. Larenks spazmı (Kasılma)-Larenks hiperkinezisi (Gerginlik artışı)
2. Bir veya iki taraflı vocal cord paralizisi
3. Vocal cord hareket ve titreşim düzensizlikleri

Larenks hiperkinezisinde vocal cordlarda gerginlik artışı söz konusudur. Larenks spazmında ise vocal cordları kapayan kasların geçici veya sürekli kasılması söz konusudur. İkisi de aynı tip solunum tıkanıklığına yol açar. Lokal yada genel nedenlere bağlıdır.

Larenks paralizileri: Çok değişik görünümde dirler. Çevresel nedenlere bağlı olabildikleri gibi, santral nedenlere de bağlı bulunabilirler. Çoğunlukla tek taraflı olan vocal cord paralizi si larenks veya larenkse komşu bir bölge patolojilerine bağlı olarak çevresel kökenlidir. Oysa iki taraflı vocal cord paralizisi tam olmayıp santral nedenlere bağlı bulunmaktadır. Vocal cord paralizisinde bazan yumuşak damak farenks ve dil gibi organ paralizileri de bereber bulunabilmektedir. Tek taraflı paraliziler çoğunlukla tam olup daha çok genç erişkin erkeklerde görülmektedir. Boyun taranmaları sırasında veya boyun, guatr, akciğerin cerrahi girişimlerinde vocal cordları hareket ettiren kasların motor sinirlerinin yaralanmasına bağlı olarak görülmektedir. Ayrıca bazı kalp hastalıklarında özofagus ve akciğer kanserlerinde de bu sinirlerin baskı altında kalışı söz konu-

sudur. Tek taraflı vocal cord paralizisinde vocal cordun hareketsiz kalış durumuna göre ses kısıklığı değişiklik göstermektedir. Hiçbir zaman solunum gücülüğü bulunmaz. İki taraflı vocal cord paralizisinde cordlar açık pozisyonda kalabildiği gibi bitişik olarak kapalı da kalabilir. Birinci durumda hasta rahat nefes almasına karşı ileri derecede ses kısıklığından bahse der. İkinci durumda ses kısıklığından çok ileri derecede solunum gücülüğü vardır. Her iki türdeki iki taraflı vocal cord paralizisinde neden boyun, guatr ve özofagusta gelişen kanserlerin motor sinirlere yapmış olduğu baskıdır. Bu paraliziler sürekli ve ilerleyici nitelik taşır. Ayrıca poliomyelitis gibi bazı virus enfeksiyonları veya difteri toxini ile, kurşun ve arsenik zehirlenmeleri de iki taraflı paralizile re neden olabilir. Larenks paralizisi teşhisinde çoğunlukla indirekt larengoskopi yeterlidir.

Merkezi sinir sisteminin Kore, Parkinson, Skleroz gibi bazı özel hastalıklarında larenks kaslarında koordinasyon bozukluğuna bağlı olarak ses kısıklığı oluşmaktadır. Bazı genel vücut hipotonilerinde kas gerginliklerinin azalması da miyopatik paraliziler adını verdiğimiz yine ses kısıklığına yol açan larenks pakolojileri arasında sayılabilir.

Bazı sistemik hastalıklara bağlı ses kısıklıkları:

Bu grubu oluşturan disfoniler daha çok endokrin sistem patolojileri sonucu oluşan ses bozukluklarıdır.

1. Tiroidin genel hormon regulasyonu ile ses aygıtının yüksek merkezlerini etkilediği kabul edilmektedir. Bu yüzden hipo ve hipertiroidler metabolizma değişiklikleri ile ses bozukluklarına yol açabilirler.
2. Sürenal bez hiperfonksiyonunda erkekte ve kadında ses kalınlaşmaktadır. Bu hiperfonksiyonda sürekli ses çıkarılamazbir süre sonra aniden kısılmaktadır.
3. Genital sisteme gelince: Erkekte seks hormonları larenksin gelişmesi ve kıkırdakların

kamikleşmesi için gereklidir. Vocal kordlar uzamakta ve kalınlaşmaktadır. Erkeklerde testis patolojilerinde larenks gelişmemekte bu nedenle ses anormal olarak tiz çıkmaktadır. Erkeklerde bazen bir hormon düzensizliğine bağlı olarak erken ergenlik söz konusu olduğunda çocuk genital organlarında erken gelişmeyle beraber ses kalınlaşması da görülmektedir.

Fazla hormon kullanılması veya anabolizan ilaçlarla doğum kontrol hapları kadınlarda ses değişikliklerine yol açabilmektedir.

Kötü alışkanlıklara bağlı disfoniler:

Bu alışkanlıklar 4 grupta incelenebilir

1. Ses şiddet yüksekliğine bağlı olanlar
2. Ses tonu anomalilerine bağlı olanlar
3. Ses-solunum uyuşmasındaki düzensizliklere bağlı olanlar
4. Ses debi bozukluğuna bağlı olanlar

Çok yüksek konuşma, bazı gürültülü iş yerlerinde çalışan kişilerde veya çocuklarda görülmektedir. Ayrıca sensorineural işitme kayıplarında ve sürrenal bezin hiper fonksiyonunda ses şiddet artımı görülmektedir.

Ses tonu bozukluklarını ortaya koymak güçtür. Ağız farenks ve burun boşluklarının volüm ve şekil değişikliklerine göre ses tonları değişiklik gösterebilmektedir.

Ses solunum uyuşmazlığı disfonilerde büyük önem taşımaktadır. Vocal atak da denilen ses çıkarmaya başlanması expiriumla birlikte başlamalı, ses veya söz süresi expiriumla bitmelidir. Çıkarılan sesin şiddeti vocal cordlar arasındaki expirium hava basıncına bağlı olduğundan bu basınç değişiklikleri, özellikle fonksiyonel ses bozukluklarının gelişmesinde önemli rol oynamaktadır.

Ses debi yani akım bozukluklarından, özellikle normal üstü çabuk konuşma ses kısıklıklarına

neden olmaktadır.

Gerçek fonksiyonel disfoni:

Hiçbir anatomik ve fizyolojik bozukluk tespit edilmeyen disfonilere gerçek fonksiyonel disfazi yada psişik disfoni denir. Erişkinde kadınlarda daha sık, erkek ve kız çocuklarda daha az ve eşit oranda bulunmaktadır. Nitelik bakımından kolay etki altında kalan kişilerde daha çok görülmektedir. Ruhsal bakımdan kişi ile ilişki kurularak konuşmayla tanıya varmaya çalışılır. Ses kısıklığının ani oluşması, hastanın şikayetlerinin çokluğu ile klinik bulguların yokluğu arasındaki oransızlık ilgi çekicidir. Çoğunlukla hasta öksürtülürse sesi çıkar. Bunların tedavisi foniatrik reedüksiyon ile yapılır (2, 6).

Kaynaklar

1. Beitchman JH, Nair R, Clegg M, et al: *Prevalence of speech and language disorders in 5 year-old kindergarten children in the Ottawa-Carleton region. J Speech Hear Disord* 51: 98-110, 1986.

2. Cura O: *Disfoniler. Ses ve Konuşma Bozuklukları Simpozyumu*. 1978, ss 121-134.

3. Davison PM, Razell RE, Watson ACH: *The role of pharyngoplasty in congenital neurogenic speech disorders. Br J Plast Surg* 43: 187-196, 1990.

4. Eisenson J: *"Is Your Child's Speech Normal ?"*. Addison Wesley Publishing Company, Philadelphia 1976.

5. Erik N: *Türkiye'de Anadil Öğretimi. Kültür ve Sanat Derneği Yayınları, Zevkiş Matbaası, İzmir 1991, ss 1-84*

6. Erkan M, Kulaçlı I, Ünlü Y: *Ses kısıklığı. Karadeniz Tıp Dergisi (Yayına kabul edildi)*.

7. Friedrich U, Dalby M, Staehelin-Jensen T, et al : Chromosomal Studies of Children with Developmental Language Retardation. **Developmental Medicine and Child Neurology** 24: 645-652, 1982.
8. Glascoe FP: Can clinical judgment detect children with speech-language problems?. **Pediatrics** 87: 317-322, 1991.
9. Hadenius AM, Hagberg B, Hythas-Bensch K, et al: The Natural Prognosis of Infantile Hydrocephalus. **Acta Paediatrica** 51: 117-118, 1962.
10. Landau W, Kleffner F: Syndrome of acquired aphasia with convulsive disorder in children. **Neurology** 7: 523-530, 1957.
11. Lewis MM: **How Children Learn to Speak**. Basic Books Inc, New York 1957.
12. Ludlow CL: Treatment of speech and voice disorders with botulinum toxin. **JAMA** 264-20: 2671-2675, 1990.
13. Martin JAM: **Voice, Speech and Language in the Child: Development and Disorder**. Springer-Verlag, Vienna 1981.
14. Moore GP, Hicks DM, Abott TB: Defects of Speech and Language. In Ballenger JJ(eds): **Diseases of the Nose, Throat, Ear, Head and Neck**. Lea and Febiger, Philadelphia 1985, pp 692-731.
15. Özsoy Y: Konuşma özürü çocuklar ve eğitimleri. **Ankara Üniversitesi Eğitim Fakültesi Yayınları** 21: 18-24, 1971.
16. Palandöken M: Konuşma ve Fonetik Üstüne Fizyolojik Bilgiler. **Ses ve Konuşma Bozuklukları Sempozyumu**. İzmir 1978, ss 39-54.
17. Rapin I, Allen D: Developmental language disorders; nosologic considerations. In **Neuropsychology of Language, Reading and Spelling**. Edited by Kirk U. Academic Press, New York 1983.
18. Rescorla L: The language development survey: a screening tool for delayed language in toddlers. **J Speech Hear Disord** 54: 587-599, 1989.
19. Roark RM, Schaffer SD, Kondraske G, et al: Systemic architecture for quantification of dynamic, myoelectric and kinematic activity of the human vocal tract. **Ann Otol Rhinol Laryngol** 99: 902-910, 1990.
20. Rosenbloom L: Development and Disorders of Language. In Kerr AG (ed): Vol 6, **Scott-Brown's Otolaryngology**. Butterworth, London 1987, pp128-135.
21. Rosenbloom L: Chronic central nervous system disease in childhood. In **Recent Advances in Pediatrics** 6. Edited by D. Hull. Churchill Livingstone, Edinburg 1981.
22. Sparks SN: **Birth Defects and Speech-Language Disorders**. College-Hill Press, San Diego 1984.