

Agnieszka Hamerlińska

Katarzyna Wałkowska

Alina Pałuczak

Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Zdeformowana twarz człowieka obliczem jego niepełnosprawności. Ujęcie teoretyczne

W niniejszym artykule na początku po krótko zostanie przedstawiony układ twarzy oraz jej funkcje. Podejście to zostanie ujęte z perspektywy psychicznej, fizycznej i społecznej. Celem artykułu jest ukazanie w holistycznym ujęciu trudności z jakimi spotyka się osoba „tracąca” swoją dotychczasową twarz. Nabyte zmiany stają się przyczyną niepełnosprawności rozumianej wieloaspektowo. Na koniec opisano wybrane nabyte przyczyny deformacji kompleksu ustno-twarzowego w postaci: porażenia nerwu twarzowego, porażenia nerwu trójdzielnego oraz nowotworów w obrębie twarzy.

Słowa kluczowe: twarz, niepełnosprawność, rak twarzy, porażenie nerwu twarzowego, neuralgia

Facial disfigurement as a disability – theoretical approach

In this article, the face and its functions will be briefly presented. This approach will be approached from a mental, physical and social perspective. The aim of the article is to show in a holistic approach the difficulties faced by a person who “loses” his current face. Acquired changes become the cause of disability understood in many aspects. Finally, selected acquired causes of deformation of the orofacial complex are described in the form of: facial nerve palsy, trigeminal nerve palsy and facial cancer.

Keywords: face, disability, facial cancer, facial nerve palsy, neuralgia

Wprowadzenie

Twarz jest ważną częścią ludzkiego ciała biorącą udział we wszystkich aspektach życia. Umożliwia komunikowanie się, odzwierciedla emocje, jest wizerunkiem danej osoby. Człowiek w toku życia przyzwyczaja się do swojej twarzy i identyfikuje się z nią poprzez częste spoglądanie do lustra lub oglądanie własnych zdjęć. Jak już zauważał Janusz Bardach (1972, s. 5) każdego człowieka

cehuje wysokie poczucie estetyczne własnego wyglądu, a zwłaszcza twarzy. Współcześnie zauważalny jest trend szczególnego dbania o twarz poprzez stosowanie różnych środków pielęgnujących, tudzież poddawanie się zabiegom kosmetycznym czy też operacjom chirurgicznym w celu jej upiększenia, doskonalenia. Jednakże zdarzają się sytuacje, w których wyżej wymienione czynności stają się niezbędne lub nawet ratujące życie. Zmiany estetyczne twarzy są bardzo trudne do zaakceptowania przede wszystkim przez osobę z deformacją oraz przez jej otoczenie (Osmola 2008). Nawet nieznaczne zmiany stanowią źródło przykrych odczuć i doznań, a niekiedy nawet przyczynę poczucia wyobcowania z życia społecznego (Bardach 1972). Odmienności w obszarze twarzy mogą budzić różne emocje, zazwyczaj negatywne: lęk, niechęć, a nawet odrazę. Poczucie wstydu spowodowane deformacją wpływa na nawiązywanie i podtrzymywanie relacji rodzinnych oraz koleżeńskich. Ponadto mogą zaistnieć konsekwencje w postaci obniżonej samooceny i poczucia własnej atrakcyjności fizycznej.

W niniejszym artykule na początku po krótko zostanie przedstawiony układ twarzy oraz jej funkcje. Podejście to zostanie ujęte z perspektywy psychicznej, fizycznej i społecznej. Celem artykułu jest ukazanie w holistycznym ujęciu trudności z jakimi spotyka się osoba „tracząca” swoją dotychczasową twarz. Nabyte zmiany stają się przyczyną niepełnosprawności rozumianej wieloaspektowo. Na koniec opisano wybrane nabyte¹ przyczyny deformacji kompleksu ustno-twarzowego w postaci: porażenia nerwu twarzowego, porażenia nerwu trójdzielnego oraz nowotworów w obrębie twarzy.

O twarzy – zarys anatomii i jej funkcje

Twarzą zajmowano się już starożytności. Jak zauważa Maciej Hendrykowski (2017) starożytni uważnie zaglądali człowiekowi w twarz, czynili to tak dokładnie, że z refleksji tej zrodziła się osobna gałąź wiedzy: fizjonomika (gr. *phýsis* = natura, *gnōmē* = wiedza). Twarz „decyduje o radykalnym rozróżnieniu na świat ludzi i na świat rzeczy (...) rzeczy nie mają twarzy i dlatego nie mogą osobiście zaświadczyć o swej niepowtarzalnej identyczności, człowiek natomiast czyni to odsłaniając swą twarz” (Jędraszewski 1990: 137). Według Macieja Kalagi (2006) twarz odsłania głębię wnętrza w jego nieprzewidywalności i jednostkowej wyjątkowości. Ta radykalna odmienność twarzy każdego człowieka wyrasta bowiem zarówno z jej uwarunkowań biologicznych, jak i historycznych, oraz związanych z tymi drugimi rozmaitych interpretacji dokonywanych przez innych ludzi, którzy

¹ Nabyte przyczyny to takie, które pojawiają się w toku życia człowieka. Celowo są pominięte przyczyny wrodzone, np. rozszczepy warg i podniebienia, tudzież współwystępujące w wybranych zespołami genetycznymi.

patrzą na twarz konkretnego człowieka. Do interpretacji tych dodać należy jeszcze uwarunkowania czysto sytuacyjne, czyli zauważalne na twarzy drugiego człowieka jego reakcje na ściśle określone zdarzenia, w jakich się znajduje, które także dostarczają patrzącym na tę twarz nieraz daleko idących możliwości interpretacyjnych (Jędraszewski 2008, s. 79).

Marek Jędraszewski (2008) podkreśla, że nie ma nic bardziej oczywistego niż twarz człowieka, a równocześnie nic bardziej tajemniczego niż ona. Co więcej, pozwala ona na identyfikację każdego człowieka pośród wszystkich innych. Jest przez to śladem jego „osobności” – a zatem tego szczególnego statusu ontologicznego, który nazywany jest osobą. Ta wyjątkowość twarzy zasada się przede wszystkim w jej niezbywalnie i bezwarunkowo etycznym charakterze. Autor odnosi się do podejścia Emmanuela Levinasa (1990), który określił, że „dostęp do Twarzy jest od razu etyczny”, ponieważ jest wielowiekową metaforą odsłonięcia wnętrza.

Zarys anatomii twarzy

Twarz jest wyjątkową częścią ciała ze swoimi indywidualnymi cechami anatomicznymi i można ją określić jako przednią część głowy. Anatomicznie twarz rozciąga się wyżej do linii włosów, niżej do podbródka i podstawy żuchwy oraz bocznie do małżowin usznych (Marur i in. 2014).

W części twarzowej czaszki występuje duże nagromadzenie różnorodnych struktur tkankowych różnego pochodzenia. Na stosunkowo niewielkim obszarze znajduje się wiele specyficznych narządów, takich jak narząd wzroku, narząd węchu, narządy mowy i czynności pokarmowych, narząd stomatognatyczny, gruczoły ślinowe, zatoki przynosowe, nerwy czaszkowe (por. Kryst 2011: 417). Podobnie zauważa Arx i in. (2017), według których twarz można podzielić na kilka jednostek funkcjonalnych, takich jak: oczy, nos, usta i policzki.

Ze względu na anatomię twarz podzielona jest na dziewięć okolic: okolica nosowa, okolice oczodołowe, okolice licowe, okolice policzkowe, okolica wargowa, okolica brodowa, okolice podżuchwowe, okolice żwaczowe, okolice poduszne. W literaturze odnaleźć można także podział trzelementowy twarzy: górna, środkowa i dolna (Marur i in. 2014). Górna część twarzy rozciąga się od linii włosów do górnej granicy środkowej części twarzy. Środkowa część twarzy jest wyznaczona przez górną poziomą linię powyżej łuku jarzmowego, rozciągającą się od przyczepu górnej helisy do bocznego kąta oka. Dolna część twarzy rozciąga się od dolnej granicy środkowej części twarzy do brody. Innym aspektem twarzy są przednie i boczne obszary twarzy oddzielone pionową linią więzadeł podtrzymu-

jących (skroniowych, bocznych oczodołowych, jarzmowych i żuchwowych) rozciągających się od bocznej obręczy oczodołu do jamy ustnej (Marur i in. 2014).

Funkcje twarzy

Twarz odgrywa ważną rolę w relacjach międzyludzkich, w tym w estetyce, emocjach, komunikacji i interakcjach społecznych. Twarz jest również jedną z najbardziej intrygujących pod względem tożsamości części ciała (Marur i in. 2014). Ponadto jest również wysoce wyspecjalizowanym narządem do odbierania informacji sensorycznych z otoczenia i ich przekazywania do kory mózgowej (Siemionow i in. 2011). W skórze twarzy występuje bogata reprezentacja włókien czuciowych niezmielinizowanych w naskórku, a także włókien mielinowych skierowanych głównie do mieszków włosowych w skórze właściwej (Nolano i in. 2013). To bogate unerwienie może stanowić morfologiczną podstawę niskiego progu dla bodźców termicznych, szkodliwych i dotykowych w skórze twarzy w porównaniu z resztą ciała (Nolano i in. 2013).

Wśród funkcji, jaką spełnia twarz, wymienić można:

- udział w mówieniu (artykulacji),
- udział w jedzeniu (np. pobieranie pokarmu),
- komunikowanie niewerbalne (mimika twarzy),
- funkcja estetyczna,
- funkcja intymno-seksualna.

Twarz – aspekt psychiczny

Twarz jest najbardziej odsłoniętą częścią ludzkiego ciała. Każda interakcja z drugim człowiekiem, bez względu na to, jaki ma cel, związana jest z patrzeniem na twarz. Odnoszenie się do swojej twarzy wiąże się z wartościowaniem własnej osoby, a także z okazywaniem stosunku emocjonalnego wobec samego siebie. Wygląd twarzy odgrywa istotną funkcję w niemal każdym obszarze życia. W sferze samooceny i poczucia własnej atrakcyjności fizycznej istotne jest czy akceptuje się swoją twarz, czy się ją lubi oraz czy jej widok sprawia sobie samemu przyjemność.

Twarz – aspekt fizyczny

Twarz z uwagi na swoją budowę wiąże się z następującymi czynnościami: mówieniem, oddychaniem, wężaniem, patrzeniem, jedzeniem, całowaniem. Wszystkie funkcje odgrywają bardzo ważną rolę w życiu codziennym, dzięki nim – a właściwie wymienionym sprawnościom – można twierdzić o pełnosprawności fizycznej twarzy.

Twarz – aspekt społeczny

Twarz ma ogromne znaczenie w interakcjach społecznych, jest obrazem własnego Ja. Przy kontakcie z innymi ludźmi, na twarzy jednostki pojawia się ożywienie, ukazują się uczucia. Twarz dla jednostki stanowi najbardziej osobiste atrybuty dobra oraz źródła radości. W społeczeństwie każdy jest strażnikiem swojej twarzy, samego siebie. Twarz jest usytuowana w interakcji. Dlatego też identyfikacja twarzy w rytuałach interakcyjnych wiąże się z dokonywaniem oceny. Bywa, że nawet spoglądając na twarz ustosunkowujemy się do danej osoby.

Twarz to część ciała w największym stopniu odpowiadająca za wyznaczenie atrakcyjności fizycznej człowieka. Wyróżnić można trzy podstawowe cechy atrakcyjności twarzy:

- wysoką symetrię, tj. niski poziom asymetrii,
- przeciętność morfologiczną,
- poziom maskulinizacji i feminizacji twarzy.

Deformacja twarzy przyczyną niepełnosprawności

Deformacje twarzy niezaprzeczalnie mogą być przyczyną niepełnosprawności. Definicje niepełnosprawności różnią się w zależności od postaw, przekonań, orientacji kulturowej i dyscypliny naukowej (Smith 2009: 34). Ponadto definicje te konstruowane są w obrębie różnych nauk: pedagogiki, psychologii, socjologii, medycyny, katolickiej nauki społecznej czy prawa. Zajmując się niepełnosprawnością osób ze zdeformowaną twarzą należałoby to ująć wszechstronnie, jednakże w poniższym podejściu prezentowany jest aspekt: pedagogiczny, psychologiczny oraz medyczny, co wpisuje się w biopsychospołeczny paradygmat niepełnosprawności. Kurowski (2014) wyróżnia dwa modele niepełnosprawności: medyczny i społeczny. W tym pierwszym modelu niepełnosprawność jest rozumiana jako bezpośrednia konsekwencja choroby lub uszkodzenia ciała czy umysłu. Podmiotem oddziaływania jest niepełnosprawna jednostka, ponieważ tylko

ona może się zmienić. Niepełnosprawność to problem w ciele danej osoby, który może być rozwiązany wyłącznie poprzez działanie specjalistów. Natomiast, konsekwencje niepełnosprawności w obszarze doświadczeń osobistych i funkcjonowaniu społecznym niepełnosprawna osoba musi przezwyciężyć sama albo szukać pomocy poza systemem opieki zdrowotnej Twardowski 2018: 100). Z kolei w modelu społecznym – niepełnosprawność powstaje wskutek różnych ograniczeń doświadczanych przez osoby nią dotknięte (Kurowski 2014). Jak zauważają Teresa Żółkowska i Karolina Żółkowska (2009, s. 60) ujmowanie niepełnosprawności z perspektywy społecznej to właściwy sposób analizy tego zjawiska i wskazany kierunek konstruowania systemu rehabilitacji. Andrzej Twardowski (2018: 105) podkreśla, że ani uszkodzenie ciała, ani występowanie ograniczenia funkcjonalnego nie może być podstawą uznania osoby za niepełnosprawną. Osoba staje się niepełnosprawną wówczas, kiedy jej uczestnictwo w życiu społeczności okazuje się niemożliwe lub bardzo ograniczone. Według autora dzieje się tak z powodu występowania dwóch typów barier:

1. bariery fizyczne, czyli przeszkody – w poruszaniu się, dostępie do budynków, korzystaniu ze środków transportu itp.;
2. bariery społeczne wynikające ze stereotypów osób niepełnosprawnych i prowadzące do ich stygmatyzacji.

Osoby mające zdeformowaną twarz przeżywają zarówno uszkodzenie ciała oraz jego konsekwencje, a także mierzą się z odrzuceniem społecznym i brakiem akceptacji. Ponadto w przypadku deformacji twarzy można też mówić o subiektywnym poczuciu niepełnosprawności. U osób z tym typem niepełnosprawności dochodzi do zmian w obszarze samooceny, poczuciu własnej wartości i atrakcyjności fizycznej, co bywa przyczyną problemów emocjonalnych, trudności z zatrudnieniem. Dlatego też u osób z deformacjami twarzy należy twierdzić o niepełnosprawności wynikającej z trudności fizycznych, psychicznych i w komunikowaniu się.

Na upośledzenie funkcji fizycznych wskazują badania prowadzone przez Lewandowskiego, P. Pakła, E. Kłusek (2009) w grupie 84 osób (wśród 65 mężczyzn i 19 kobiet) w latach 2000–2006 chorujących na nowotwory jamy ustnej i części twarzowej. Z badań wynika, że na skutek raka w obrębie twarzy doszło do:

- ograniczenia i trudności w rozwieraniu szczęk,
- trudności w połykaniu pokarmów,
- zachłystywania się,
- utrudnionego odgryzania rozdrabniania i żucia kęsów pokarmów,
- trudności w odkrztuszeniu,
- zalegania wydzieliny w górnych drogach oddechowych,
- niedrożności nosa,

– utrudnienia w mowie i artykulacji głosek (por. Hamerlińska 2012).

O konsekwencjach w postaci zaburzeń artykulacyjnych u osób po operacjach w obrębie twarzy prowadzono liczne badania (Stecewicz, Halczy-Kowalik 2015). Ponadto jak zauważa Małgorzata Stecewicz tworzenie zrozumiałej mowy zależy nie tylko od zakresu pooperacyjnego ubytku, ale także od sprawności pozostawionych struktur oraz sprawności struktur sąsiadujących z pooperacyjnym ubytkiem (Borggreven i in. 2005).

Warto także wspomnieć o skutkach jakimi się zaburzenia w sferze mimiki. W przypadku porażenia obwodowego nerwu twarzowego po wykonaniu polecenia uniesienia brwi, marszczy się jedynie lewa strona czoła. Natomiast niemożliwe po stronie porażonej jest mocne zaciśnięcie powiek. Często występuje tak zwany „objaw zajęczego oka”. Dochodzi do tego, że gałka oczna obraca się ku górze podczas próby zamknięcia oka. Powieka zaś nie zamyka się, zatem widoczna staje się biała część twardówki po stronie porażonej. Są to cechy charakterystyczne porażenia obwodowego (Paulsen 2019, s. 64). Wówczas zaburzone może być wyrażanie zdziwienia lub nawet i radości. W przypadku neuralgii nerwu trójdzielnego na twarzy może występować nieustanny wyraz bólu, które będzie utrudniać przekazanie innych uczuć.

Z kolei na pojawienie się zaburzeń psychicznych u osób po operacjach w obrębie twarzy wskazują badania Frączaka (2008), który wykazał, że u ponad 50% badanych kobiet i prawie u 40% badanych mężczyzn stwierdzono depresję o rosnącym nasileniu. Wnioskiem płynącym z badań był przekaz, że zabiegi chirurgiczne w obrębie twarzy i jamy ustnej wpływają i generują depresję u tych chorych. Defekt w obrębie twarzy wyzwał u badanych poczucie upośledzenia, wywoływał kompleks niższości oraz bardzo negatywnie wpływał na ich funkcjonowanie w społeczeństwie. Tylko 11,6% (15 osób spośród 43 pacjentów) przypuszczało, że wróci do tej samej pracy. Oparcia w rodzinie spodziewało się 35 osób (81,4%). Zdecydowana większość – 93% badanych nadal utrzymywało kontakty z przyjaciółmi i znajomymi, a 7% ze względu na swój wygląd je zerwało. Aż 58,1% badanych uważało, że lekarz powinien mówić pacjentowi całą prawdę o tym, jak zmieni się wygląd człowieka po operacji (por. Hamerlińska 2013). O lęku u osób dorosłych z deformacjami twarzy pisał także Newell (2000). Z jego badań wynika, że u tychże osób rodzi się fobia społeczna ograniczająca ich funkcjonowanie.

Osoby z deformacjami twarzy mają trudności z powrotem do pracy (Sousa 2010). Mogą czuć się gorsi od innych w prezentacji społecznej i odczuwają piętno związane ze zniekształceniem twarzy (Newell, Marks 2000).

Wybrane przyczyny deformacji twarzy pojawiające się w okresie dorosłości

Wśród przyczyn deformacji twarzy pojawiających się w życiu dorosłym wymienić można m.in.: uszkodzenia nerwu trójdzielnego, porażenia nerwu twarzowego, nowotwory oraz uszkodzenia mechaniczne.

Uszkodzenia nerwu trójdzielnego

Nerw trójdzielny (V) jest nerwem mieszanym i największym nerwem czaszkowym. Oznacza to, że jest zarówno nerwem czuciowym, ale też ruchowym (Moyan i in. 2014). Jest odpowiedzialny za unerwienie twarzy – dotyk, odczuwanie bólu, temperaturę oraz propriocepcję – a także za unerwienie motoryczne narządu żucia (Boschi i in. 2009: 2). Samo określenie tego nerwu – trójdzielny – wskazuje na to, że jego obszar oscyluje wokół trzech głównych pni: nerw oczny, nerw szczękowy oraz nerw zuchwowy (Aleksandrowicz i in. 2014), od których zależy sensoryczne odczuwanie twarzy. Wokół nich zlokalizowany jest nerw twarzowy (VII), łącząc się w zwoju troistym, czyli w zwoju Gassera. Zwój troisty zajmuje obszar obok kości skroniowej. Włókna dośrodkowe komórek czuciowych zwoju, generują część większą nerwu, a swój koniec mają w krańcowych jądrach pnia mózgu. Natomiast korzeniowe włókna odśrodkowe odchodzą z komórek ruchowych, tworząc jądro początkowe, którego miejsce położenia znajduje się w moście, blisko górnego jądra krańcowego (Aleksandrowicz i in. 2014: 647). Nerw oczny dzieli się na trzy gałęzie: gałąź boczna (nerw łzowy), gałąź środkowa (nerw czołowy) oraz gałąź przyśrodkowa (nerw nosowo-rzęskowy) (Czarnik, Zyss 2016: 651). Gałąź boczna, czyli nerw łzowy zaopatruje gruczoł łzowy oraz spojówkę i skórę górnej powieki w kącie bocznym oka (Aleksandrowicz i in. 2014). Gałąź środkowa, więc nerw czołowy dzieli się na dwie gałęzie – nadoczodołową i podoczodołową unerwiając tym sposobem skórę czoła, spojówkę i powiekę górną (Moyano i in. 2014: 3). Gałąź przyśrodkowa – nerw nosowo-rzęskowy przechodzi przez rozwidlenie nadoczodołowe, a jego pęczek nerwowy łączy się ze zwojem rzęskowym. Nerwy rzęskowe długie biegną do gałki ocznej (Aleksandrowicz i in. 2014: 3). Nerw szczękowy przechodzi do: nerwu skrzydłowo-podniebiennego, który biegnie do zwoju oraz stanowi korzeń czuciowy; nerwu jarzmowego, który przesyła gałązki czuciowe do policzka i przedniej części skroni; nerw podoczodołowy, który zdaje górne zębodołowe gałęzie przednie oraz środkową i tylne, a także gałęzie końcowe odpowiadające za skórę dolnej powieki, bocznego pola nosa, błonę śluzową i skórę wargi górnej (Moyano i in. 2014). Nerw zuchwowy podczas swojego podziału tworzy gałęzie przednie i tyl-

ne. Do przednich należą gałęzie motoryczne, które wyposażają wszystkie nerwy żwaczowe, a także gałąź czuciowa (nerw policzkowy) unerwiająca błonę śluzową i skórę policzka. Gałęzie tylne tworzą drugą grupę. Znajdują się w niej: nerw językowy; nerw zębodołowy dolny; nerw uszno-skroniowy (Aleksandrowicz i in. 2016: 654).



Fot. 1. Osoba z neuralgią nerwu trójdzielnego. Po stronie lewej widoczne zaczerwienienie i lekki obrzęk twarzy.

Źródło: zasoby własne.

Uszkodzenie nerwu trójdzielnego najczęściej wiąże się z wystąpieniem neuralgii trójdzielnej, czyli nerwobólu twarzy. W klasyfikacji wyróżnia się neuralgię klasyczną oraz objawową (zwaną także neuropatią). Przyczyna neuralgii klasycznej jest nieznana lub jej źródło leży w problemach naczyniowo-nerwowych, które obejmują nerw trójdzielny oraz tętnicę górną mózdzku. Natomiast źródło neuropatii leży w procesach zapalnych w obszarze zwoju troistego, we wrodzonych lub nabytych zniekształceniach podstawy czaszki, konfliktach naczyniowo-nerwowych, urazach czaszki, procesach rozrostowych oraz procesach demielinizacyjnych (Kochanowski 2016)². Ponadto uszkodzenia nerwu trójdzielnego współwystępują

² Jak wskazuje Kochanowski (2016), różnicowanie neuralgii klasycznej i objawowej sprawia wiele trudności. Wynika to z faktu, że objawy, czas występowania bólu są bardzo podobne. Jednak wyselekcjonowano dziesięć powodów, dzięki którym można je rozróżnić:

1. nieprawidłowy wynik badania neurologicznego;
2. nieprawidłowy wynik badania w obrębie ust, zębów i ucha;
3. wiek powyżej 40 lat;
4. objawy obustronne;
5. zawroty głowy i nudności;
6. uszkodzenie słuchu;

z takimi chorobami jak: stwardnienie rozsiane, cukrzyca, zapalenie zatok przynosowych, zapalenie odontogenne, półpasiec, urazy i kolagenozy³ (Conforti i in. 2015, Stępień 2007).

Porażenia nerwu twarzowego

Nerw twarzowy (VII) wychodzi z kąta mózdkowo – mostkowego i łączy się z nerwem pośrednim⁴. Nerwy VII i nerw przedsionkowo-ślimakowy (VIII) przebiegają w części kości skroniowej i wbiegają do kości poprzez otwór i przewód słuchowy wewnętrzny. Po odejściu nerwu przedsionkowo – ślimakowego nerw twarzowy przebiega już w swoim kanale, który zwany jest kanałem nerwu twarzowego. Następnie skręca prawie pod kątem prostym w dół, w stronę zewnętrznego kolana nerwu twarzowego i ku tyłowi. Przed zakrętem położony jest zwój kolanka, który oddaje wiele gałęzi. Potem opuszcza podstawę czaszki poprzez otwór rylcowo – sutkowy, aby zakręcić ku przodowi, oddać następne gałęzie i wejść do ślinianki przyusznej, gdzie następuje podział na końcowe gałęzie ruchowe (Paulsen 2019: 369).

Spośród wszystkich nerwów czaszkowych to właśnie nerw VII najczęściej ulega uszkodzeniom. Porażenie nerwu twarzowego może mieć charakter ośrodkowy, czyli nadjądrowy lub obwodowy, czyli podjądrowy (Osowicka-Kondratowicz 2008, s. 194). W przypadku uszkodzenia obwodowego zaburzona jest praca drugiego neuronu ruchowego. Wówczas miejsce uszkodzenia znajduje się pomiędzy jądrem nerwu twarzowego, a jego gałęziami obwodowymi. Natomiast ośrodkowe uszkodzenie dotyczy pierwszego neuronu ruchowego (Paulsen 2019). W przeciwieństwie do porażenia obwodowego, porażenie nadjądrowe dotyczy tylko dolnej połowy twarzy (Paulsen, Waschke 2019: 64).

Dolne mięśnie twarzy informowane są poprzez przeciwległą półkulę mózgu. Natomiast zarówno prawa, jak i lewa półkula kontrolują górne części twarzy, co potocznie nazywane jest „reprezentacją obustronną” (Czarnik 2015: 123).

Porażenie nerwu twarzowego to objaw wielu jednostek chorobowych. Według Jerzego Kuczkowskiego i in. (2010) około 75% przypadków porażenia nerwu twarzowego to porażenie typu Bella o nieustalonej etiologii. Natomiast Jagoda Walowska (2014: 27) za najczęstszą przyczynę porażenia nerwu twarzowego

7. objawy drętwienia w obrębie twarzy;

8. ból trwający dłużej niż dwie minuty;

9. ból poza obszarem unerwienia nerwu trójdzielnego;

10. zaburzenia widzenia.

³ Nazwa grupy chorób tkanki łącznej, które powodują w niej patologiczne zmiany zwyrodnieniowe.

⁴ Jest to część nerwu twarzowego często uważana za odrębny nerw.

uważa zakażenie wirusowe. Innych przyczyn uszkodzenia nerwu twarzowego dopatrywać się można w:

- infekcjach miejscowych ucha: zapaleniu ucha środkowego⁵, zapaleniu ślinianki przyusznej, zapaleniu wyrostka sutkowatego, zapaleniu szczytu piramidy kości skroniowej, zapaleniu złośliwemu ucha;
- zakażeniach ogólnoustrojowych: grypie, zakażeniu opryszczkowym, półpaścu, boreliozie, kile, gruźlicy;
- chorobach autoimmunologicznych: zespole Guillaina-Barrea, Moebiusa, Melkerssona-Rosenthala, miastenii, tocznia układowego;
- chorobach nowotworowych: guzie kąta mostowo-mózdkowego, białaczkę, chłoniaku;
- złamaniach kości skroniowej;
- chorobach metabolicznych takich jak cukrzyca (Kuczkowski, Bilińska 2010);
- urazach jatrogennych⁶;
- rozpoznanej chorobie demielinizacyjnej (Sinkiewicz-Jarosz 2013);
- stwardnieniu rozsianym;
- zatruciu lekami lub truciznami (Corraza 2006: 444).



Fot. 2. Kobieta z porażeniem nerwu twarzowego – widoczna asymetria twarzy w szczególności po prawej stronie widocznie opadający kącik ust

Źródło: zasoby własne.

Najbardziej charakterystycznym objawem u pacjentów, którzy doświadczyli obwodowego uszkodzenia nerwu twarzowego jest spłycenie bądź całkowite wy-

⁵ Warto podkreślić, iż uszkodzenie nerwu twarzowego jest najczęstszym powikłaniem ostrego zapalenia ucha środkowego, ale występuje bardzo rzadko. Szerzej zob. w: (Kuczkowski i in. 2014: 55 i 60).

⁶ Są to urazy spowodowane procedurą medyczną.

gładzenie fałdu nosowo-wargowego, niedomykanie szpary powiekowej oraz opadanie kącika po stronie porażonej. Twarz staje się asymetryczna i ze względu na to może sprawiać wrażenie obrzękniętej (Osowicka-Kondratowicz i in. 20018: 195).

Niezależnie od wysokości uszkodzenia, niedowład mięśni mimicznych dolnej połowy twarzy może powodować problemy z artykulacją oraz wykonaniem ruchów zamierzonych. Bywa jednak również i tak, że ruchy spontaniczne, które związane są z wyrażaniem emocji bywają zachowane (Czarnik, Zyss 2016: 46).

Nowotwory w obrębie twarzy

Nowotwory złośliwe należą do chorób cywilizacyjnych i są najczęstszą przyczyną zgonu wśród ludzi. Stanowią narastający problem zdrowotny, społeczny i ekonomiczny polskiego społeczeństwa. Złośliwe guzy jamy ustnej i części twarzowej czaszki stanowią 2,4% (2317) zachorowań w ciągu roku oraz 1,14% (1082) ogólnej liczby zgonów (Lewandowski, Pakła, Kłusek 2009). Najczęściej spotykanym nowotworem złośliwym okolicy szczękowo-twarzowej i jamy ustnej jest rak płaskonabłonkowy występujący u ok. 90% przypadków (Genden, Ferlito, Silver i in. 2010; Chosia 2001). Rzadziej odnotowuje się mięsaki obserwowane u ok. 7%. W poszczególnych okolicach jamy ustnej raki występują z różną częstością (Wierzbicka, 2012). W zależności od typu, umiejscowienia nowotworu i stopnia zaawansowania, wycięcie zmiany może powodować różne ubytki tkanek (Osmola 2008). W poszczególnych okolicach jamy ustnej raki występują z różną częstością (Wierzbicka 2012). Pojęcie nowotwory narządów głowy i szyi obejmuje następujące części:

- nosową, ustną oraz krtaniową części gardła górnego,
- krtani,
- jamę ustną,
- wargi,
- masyw szczękowo-sitowy (Jagielska 2012).

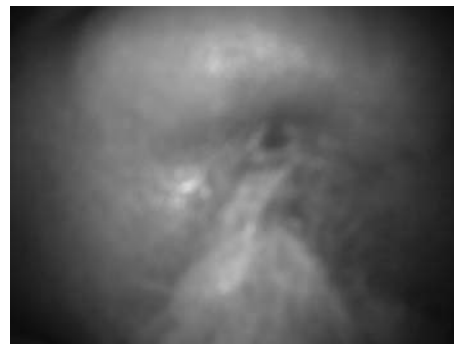
Zmiana anatomii twarzy w przypadku nowotworu może być spowodowane przez:

- raka wargi,
- raka podniebienia twardego,
- raka nosowej części gardła,
- raka ustnej części gardła,
- raka krtaniowej części gardła,
- raka jam nosa i zatok przynosowych,
- raka języka,
- raka dna jamy ustnej,

- raka dziąsła dolnego,
- raka gruczołów ślinowych,
- raka trójkąta zatrzonowcowego (por. Hamerlińska-Latecka, 2013; Kozakiewicz 2009; Bień 2009; Osmola 2008).

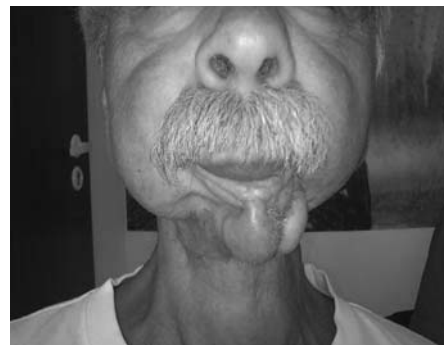
Według ostatniego raportu Krajowego Rejestru Nowotworów dotyczącego zachorowań w 2017 roku na raka złośliwego okolic głowy i szyi wynika, że na tę chorobę zapadło 6830 osób, w tym 3092 mężczyzn i 1514 kobiet z rakiem w obrębie twarzy i jej wnętrza oraz 1933 mężczyzn i 297 kobiet z rakiem krtani.

Przyczyny nowotworów głowy i szyi są różnorodne. Zgodnie z wieloczynnikową teorią powstawania raka w omawianej anatomii Dżaman i Rapijko z 2006 roku w etiologii wymienia się: tytoń, alkohol, czynniki środowiskowe w miejscu pracy, refluks żołądkowo-przetykowy, zapalenie lub uraz błony śluzowej, wirus HPV, nieodpowiednia dieta, zmieniona odporność.



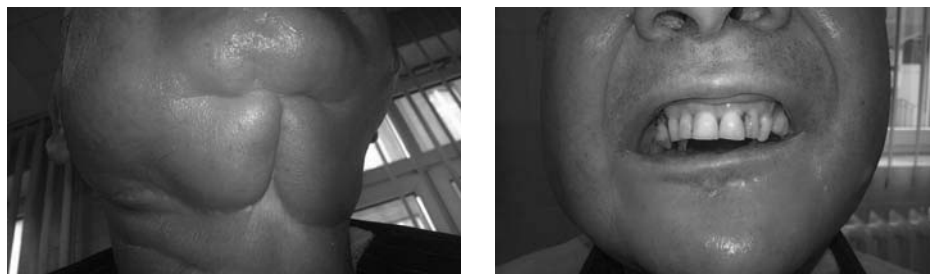
Fot. 3 i 4. Stan po raku języka, na zdjęciu po prawej widoczna przetoka w okolicy podbródka

Źródło: zbiory własne.



Fot. 5 i 6. Stan po raku żuchwy i dna jamy ustnej

Źródło: zbiory własne.



Fot. 7 i 8. Stan po całkowitej resekcji języka

Źródło: zbiory własne.

Już samo pojawienie się guza może powodować zmiany z obrębku twarzy. Na skutek operacji, mimo że ratującej życie, może u danej osoby dojść do nieodwracalnych zmian w jej strukturze.

Podsumowanie

Atrakcyjność fizyczna jest jednym z najważniejszych czynników w relacjach międzyludzkich (Kosmala i in. 2019). Ponadto wpływa na samoocenę oraz stan zdrowia psychicznego. W konsekwencji pogorszeniu może też ulec sfera fizyczna. Kiedy dochodzi do zniekształcenia twarzy. W przypadku zniekształceń kompleksu ustno-twarzowego niepełnosprawności nie da się ukryć, ona jest widoczna cały czas. Człowiek z deformacją twarzy jest „zmuszony” do tego, by oswoić się ze swoim nowym wyglądem, walczyć ze społeczną ciekawością i ocenianiem. Prawdopodobny brak empatii w społeczeństwie może przyczyniać się do tego, że osoba z deformacją twarzy będzie czuła się tym bardziej niepełnosprawna – nie przez swoje ciało, a przez odbiór społeczny.

Avinash De Sousa (2010, s. 205) podkreśla, że w drodze niesionego wsparcia i pomocy terapeutycznej osobom z nabytymi deformacjami w obrębie twarzy najistotniejsze jest zapoznanie się z opublikowaną literaturą kliniczną dotyczącą adaptacji psychospołecznej pacjentów z nabytym urazem twarzy. Ponadto ważne jest również, aby rutynowo pytać pacjentów, jak radzą sobie ze zmianami, które zaszły od czasu zmiany ich wyglądu twarzy i mieć pojęcie o tym, jak rodzina postrzega ten proces adaptacji.

Bibliografia

- von Arx A.Z., Lozanof S. (2017), *The Face – A Neurosensory Perspective. A literature review*, Swiss Dental Journal, 127: 1066–1075.
- Hendrykowski M. (2017), *Semiotyka twarzy*, UAM, Poznań.
- Aleksandrowicz R., Ciszek B., Krasucki K. (red.). (2014), *Anatomia człowieka. Repetytorium*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.
- Boschi J., Doassanas I., Saibene A., Sgarbi N., Soria V., Telis O. (2009), *Anatomy of the Trigeminal Nerve. Key Anatomical Facts for MRI Examination of Trigeminal Neuralgia*, Rev Imagenol, 12 (2).
- Corazza V., Daimler R., Ernst A., Federspiel K., Herbst V., Langbein K., Martin H.P., Weiss H. (2006), *Podręczna encyklopedia zdrowia*, Zysk i S-ka Wydawnictwo, Poznań.
- Czarnik K. (2018), *Fizjologia,, patologia i neurologopedyczna diagnostyka nerwu twarzowego*, Neurolingwistyka Praktyczna, : 121–128.
- Czarnik K., Zyss T. (2016), *Badanie wybranych nerwów czaszkowych – ujęcie neurologopedyczne*, Neurolingwistyka Praktyczna, 2.
- Frączak P. (2008), *Wybrane aspekty jakości życia u chorych leczonych z powodu złośliwych nowotworów w obrębie części twarzowej czaszki*, Roczniki Morskiej Akademii Medycznej w Szczecinie, 54: 6.
- Genden E.M., Ferlito A., Silver C.E., Takes R.P., Suarez C., Owen R.P., Haigentz M. Jr., Stoeckli S.J., Shaha A.R., Rapidis A.D., Rodrigo J.P., Rinaldo A. (2010), *Contemporary management of cancer of the oral cavity*, Eur. Arch. Otorhinolaryngol, 267: 1001–1017.
- Hamerlińska A. (2015), *Niepełnosprawność po operacji w obrębie twarzy [w:] Niepełnosprawność i rehabilitacja*, Instytut Rozwoju Służb Społecznych.
- Jędraszewski M. (1990), *Wobec Innego*, Księgarnia Świętego Wojciecha, Poznań, s. 137.
- Jędraszewski M. (2008), *Twarz jako znak niepowtarzalności osoby ludzkiej. Płaszczyzny interpretacji*, Ethos, 2–3: 78–91.
- Kalaga W. (2006), *Twarz, maska, fasada*, Kultura Współczesna: teoria, interpretacje, krytyka, 1230-4808, 3: 15–34.
- Kochanowski J. (2016), *Neuralgia trójdzielnia*, Aktualności Neurologiczne, 2.
- Kozakiewicz M. (2009a), *Rak części ustnej języka [w:] A. Jeziorski, A. Szawłowski, E. Topik (red.), Chirurgia onkologiczna*, t. 3, PZWL, Warszawa.
- Kozakiewicz M. (2009b), *Rak dna jamy ustnej [w:] A. Jeziorski, A. Szawłowski, E. Topik (red.), Chirurgia onkologiczna*, t. 3, PZWL, Warszawa.
- Kozakiewicz M. (2009c), *Rak dziąsła dolnego [w:] A. Jeziorski, A. Szawłowski, E. Topik (red.), Chirurgia onkologiczna*, t. 3, PZWL, Warszawa.
- Kozakiewicz M. (2009d), *Rak trójkąta zatrzonowcowego [w:] A. Jeziorski, A. Szawłowski, E. Topik (red.), Chirurgia onkologiczna*, t. 3, PZWL, Warszawa.
- Kuczowski J., Narożny W., Brzoznowski W., Jabłońska-Brudło J., Czaczkowski J., Garsta E. (2010), *Zaburzenie czynności nerwu twarzowego w ostrym zapaleniu ucha środkowego*, Ann. Acad. Med. Gedan., 40, 55–63.
- Kurowski K. (2014), *Wolności i prawa człowieka i obywatela z perspektywy osób z niepełnosprawnościami*, Wydawca: Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa.
- Kyst L. (2011), *Chirurgia szczękowo-twarzowa*, PZWL, Warszawa.

- Lewandowski B., Pakla P., Klusek E. (2009), *Wpływ leczenia chirurgiczno-onkologicznego nowotworów złośliwych jamy ustnej i części twarzowej czaszki na jakość życia chorych*, Przegąd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego, 3: 255–259.
- Levinas E. (1991), *Etyka i Nieskończony. Rozmowy z Philipp'em Nemo*, przeł. B. Opolska-Kokoszka, Wydawnictwo Papieskiej Akademii Teologicznej, Kraków, s. 50.
- Marur T, Tuna Y, Demirci S. (2014), *Facial anatomy*, Clin. Dermatol., 32: 14–23.
- Moyano C.J., Carvajal A., Rovira A., Perez S., Zauner M., Prenafeta Moreno M. (2014), *Trigeminal nerve: imaging of normal anatomy and pathologic conditions*, European Society of Radiology.
- Newell R. (2000), *Psychological difficulties amongst plastic surgery ex-patients following surgery to the face: a survey*, British Journal of Plastic Surgery, 53: 386–392
- Nolano M., Provitera V., Caporaso G., Stancanelli A., Leandri M., Biasiotta A., Cruccu G., Santoro L., Truini A. (2013), *Cutaneous innervation of the human face as assessed by skin biopsy*, J. Anat., 222: 161–169.
- Osmola K. (2008), *Epidemiologia nowotworów jamy ustnej i okolicy szczękowo-twarzowej* [w:] red. L. Lewandowski, *Onkologia szczękowo-twarzowa – wybrane zagadnienia kliniczne. Podręcznik dla lekarzy i studentów*, Uniwersytet im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań.
- Osowicka-Kondratowicz M., Białkowska J., Zomkowska E., Hortis-Dzierzbicka M. (2018), *Zaburzenia artykulacyjne oraz metody rehabilitacji mowy u pacjentów z obwodowym porażeniem nerwu twarzowego. Studium dwóch przypadków* [w:] Logopedia. Z zagadnień kształcenia, teorii i praktyki oraz zawodu, red. M. Osowicka-Kondratowicz, Wyd. UWM, Olsztyn.
- Paulsen F., Waschke J. (red.) (2019), *Sobotta. Atlas anatomii człowieka. Głowa, szyja i układ nerwowy*, Wrocław.
- Smith D. (2009), *Pedagogika specjalna*, APS, Warszawa.
- Siemionow M., Gharb B.B., Rampazzo A. (2011), *The face as a sensory organ*, Plastic Reconstruction Surgery, 127: 652–662.
- Sienkiewicz-Jarosz H. (2013), *Nerw twarzowy – fizjologia i najczęstsze choroby*, Neurologia po Dyplomie, 8 (1): 52–57.
- Sousa de A. (2010), *Psychological issues in acquired facial trauma*, Indian Journal Plastic Surgery, 43 (2): 200–205.
- Stecewicz M. (2015), *Standardy postępowania logopedycznego* [w:] J. Panasiuk, S. Grabias, T. Woźniak (red.), *Postępowanie logopedyczne u osób po wycięciu nowotworu jamy ustnej. Podręcznik akademicki*, UMCS, Lublin, s. 689.
- Twardowski A. (2018), *Społeczny model niepełnosprawności – analiza krytyczna*, Studia Edukacyjne, 4: 97–114.
- Walowska J. (2014), *Propozycja rehabilitacji porażonego nerwu twarzowego*, Rehabilitacja w Praktyce, 6: 27–28.
- Wierzbicka M. (2012), *Nowotwory jamy ustnej* [w:] W. Szyfter (red.), *Nowotwory w otoryngologii*, Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań.
- Żółkowska T., Żółkowska K. (2009), *Niepełnosprawność w krzywym zwierciadle społecznych koncepcji* [w:] *Teoretyczne i metodologiczne konteksty pedagogiki specjalnej*, Niepełnosprawność. Półrocznik Naukowy, 1: 59–69.