

Afazja – złodziejka słów Studium przypadku

Zaburzenia mowy mogą być wrodzone lub nabyte, spowodowane uszkodzeniem samego aparatu (narządu) mowy (krtań, język, podniebienie, gardło itp.) lub jego unerwienia, tj. nerwów zaopatrujących bezpośrednio aparat mowy, ośrodków mowy w korze mózgu, dróg łączących ośrodki z jądrami nerwów czaszkowych oraz innych struktur mózgowych wpływających modulująco na czynność mowy, a więc np. układu pozapiramidowego i mózdzku¹.

Na powierzchni wypukłej lewej półkuli mózgu (u osób praworęcznych) można wyróżnić pewien ograniczony obszar, którego uszkodzenie powoduje powstawanie zaburzeń mowy typu afatycznego. Jest to tzw. mózgowy obszar mowy, który obejmuje:

- tylne części zakrętu czołowego dolnego i środkowego;
- dolną część zakrętu przedśrodkowego;
- środkowe i tylne części zakrętu skroniowego górnego i środkowego;
- zakręt kątowy i cały styk skroniowo-ciemieniowo-potyliczny;
- przylegające do bruzdy bocznej części płata ciemieniowego².

Destabilizacja owego systemu, jaki stanowi mózg oraz system nerwowy człowieka, skutkuje zaburzeniem mechanizmów mózgowych regulujących czynności językowe. W obliczu badań i obserwacji zgromadzono wiele wiadomości na temat afazji. Mimo to nie opracowano jednolitej, spójnej definicji tego schorzenia. Na afazję można patrzeć z kilku punktów widzenia: neuroanatomii, neuropsychologii czy lingwistyki, co niejednokrotnie zależy od kryteriów przyjętych przez badaczy oraz od charakteru danej dyscypliny naukowej.

Kavin Walsh podaje, że termin „afazja” odnosi się do upośledzenia w zakresie odbioru treści językowych, posługiwania się nimi czy też wyrażania, do jakiego doszło w wyniku organicznego uszkodzenia mózgu³. Zapoznając się z jedną z naj-

¹ A. PRUSIŃSKI: *Neurologia praktyczna*. Warszawa, PZWL 2003, s. 148.

² Ibidem, s. 152.

³ K. WALSH: *Neuropsychologia kliniczna*. Warszawa, PWN 1998, s. 117.

popularniejszych definicji afazji, spostrzec można, iż jest ona ujmowana jako częściowe lub całkowite zaburzenie mechanizmów programujących czynności mowy człowieka, który wcześniej opanował już tę funkcję. Zostało ono spowodowane organicznym uszkodzeniem odpowiednich struktur mózgu⁴.

Według WHO afazja przejawia się jako zaburzenie poszczególnych funkcji językowych. Na jego skutek dochodzi do dysfunkcji w zakresie komunikacji z innymi ludźmi, co z kolei prowadzi do powstania stanu niepełnosprawności spowodowanego izolacją społeczną, utratą ról społecznych itp.⁵

Z punktu widzenia neuropsychologii najważniejsze jest to, iż afazja oznacza nabytą dezorganizację procesów językowych – względnie trwałą. Przed zachorowaniem pacjent przejawiał zdolności językowe nieustępujące normie dla jego wieku czy wykształcenia. Modyfikacji uległy one dopiero po fizycznej zmianie kondycji substancji systemów mózgowych związanych z mową i językiem⁶.

W tym układzie istotę zaburzenia stanowi zachwianie czynności neurofizjologicznych w ośrodkowym układzie nerwowym. Są to czynności umożliwiające mówienie oraz rozumienie wypowiedzi. W związku z tym afazja jest trwałym zaburzeniem powstającym w następstwie mniej lub bardziej rozległych ogniskowych uszkodzeń dominującej półkuli mózgu⁷.

Na poziomie zachowania językowego u chorego pojawiają się zaburzenia jednej, dwu lub wszystkich trzech domen procesów językowych, które obejmują trzy aspekty języka:

- **fonologiczny** – dotyczy dźwiękowej, akustycznej struktury wypowiedzi;
- **semantyczny** – odnosi się do procesu kojarzenia słów ze znaczeniem;
- **syntaktyczny** – steruje tworzeniem i interpretowaniem różnego rodzaju zdań (twierdzeń, rozkazów, pytań itp.)⁸.

Afazja jest zaburzeniem wielomodalnym, którego głębokość w zakresie różnych aspektów nie musi być podobna.

Poszczególne zespoły zaburzeń obejmują tylko sobie właściwe objawy, co sprawia, iż w obrębie zaburzeń afatycznych funkcjonują różne klasyfikacje. „Kliniczną analizę zespołów zaburzeń mowy” przedstawia typologia Thomasa H. Weisenburga i Kevina E. McBride’a. Według niej wyróżnić można:

- **afazję ekspresyjną (ruchową)** – trudności w mówieniu;
- **afazję impresyjną (czuciową)** – trudność w rozumieniu wypowiedzi;
- **afazję ekspresyjno-impresyjną (mieszaną)** – trudności w rozumieniu i mówieniu;

⁴ M. PĄCHALSKA: *Afazjologia*. Warszawa, PWN 2011, s. 25.

⁵ EADEM: *Patogeneza i neuropsychologiczna diagnostyka afazji*. W: *Podstawy neuropsychologii klinicznej*. Red. Ł. DOMAŃSKIEJ, A.R. BORKOWSKIEJ. Lublin, Wydawnictwo Uniwersytetu M. Curie-Skłodowskiej 2008, s. 156.

⁶ Ibidem, s. 159.

⁷ J. PANASIUK: *Afazja*. Lublin, Wydawnictwo Uniwersytetu M. Curie-Skłodowskiej 1993, s. 23.

⁸ M. PĄCHALSKA: *Afazjologia...*, s. 25.

- **afazję amnestyczną** – zaburzenia nazywania;
- **afazję globalną (totalną)** – brak mówienia i rozumienia wypowiedzi⁹.

Przyjmując, że afazja jest ograniczeniem bądź zniesieniem zdolności nadawania i odbioru mowy, zaburzenie to można podzielić na afazję motoryczną i afazję sensoryczną. Dla lepszego zrozumienia istoty opisywanego przeze mnie studium przypadku przytoczyć warto definicję afazji sensorycznej. Otóż według Stanisława Grabiasa postać sensoryczna to zaburzenia sięgające uszkodzeń korowych ośrodków mowy, ujawniające się poprzez pełny lub częściowy rozpad wszystkich typów kompetencji, zarówno językowej, jak i komunikacyjnej, w zależności od miejsca uszkodzenia¹⁰.

W przypadku osób z uszkodzeniami neurologicznymi proces dekodowania mowy często zostaje zaburzony. Uszkodzenie niektórych objawów OUN ma wpływ na słuch fonematyczny, semantyczną analizę słów, zdań czy dłuższych wypowiedzi. Jednocześnie występują zaburzenia w zakresie struktur przestrzennych, np. zdolności planowania, orientacji przestrzennej, kontrolowania własnych działań¹¹.

Należy pamiętać, iż afazja może dotyczyć różnych zakresów języka. Oprócz mówienia, pisania, czytania czy też rozumienia wypowiedzi innych osób obejmuje ona również budowę i odbiór tekstu sygnalizowanego (np. alfabet Braille'a). W syndromie zaburzeń afatycznych dezorganizacji ulegają umiejętności porozumiewania się z otoczeniem, które zawierają się także w niejęzykowych formach porozumiewania się. Należą do nich: mimika, gest, pantomima, ponadto melodia, akcent, rytm, rzadziej – piktogram czy rysunek symboliczny¹².

W związku z tym, że afazja zawsze występuje w następstwie uszkodzenia mózgu, objawy zależą od rodzaju tego uszkodzenia, jego lokalizacji, charakteru, rozległości i wieku chorego. Niebagatelne znaczenie w przebiegu afazji mają również: wykształcenie pacjenta, jego inteligencja, przyzwyczajenia, naleciałości językowe.

Według Johna R. Browna wszystkie objawy określone syndromem afazja można podzielić na:

- **zaburzenia percepcji** (wielozmysłowa agnozja);
- **zaburzenia zdolności przetwarzania**, czyli kodowania i dekodowania różnorodnych wypowiedzi (afazja);
- **zaburzenia ekspresji ruchowej** (apraksje)¹³.

Sheila E. Blumstein twierdzi, że deficyty afatyczne mogą powstawać na różnych poziomach przetwarzania informacji językowej. W związku z tym osiowymi objawami afazji są:

⁹ Ibidem, s. 25.

¹⁰ J. PANASIUK: *Afazja...*, s. 34.

¹¹ I. WITKOWSKA: *Praca nad rozwojem mowy czynnej metod Dyna-Lingua M.S. u pacjentki z dysfazją sensoryczną*. W: *Logopedia u progu XXI wieku*. Red. M. MŁYNARSKA, T. SMERKA. Wrocław, Mkwadrat 2010, s. 66.

¹² M. PAŁCHALSKA: *Patogeneza i neuropsychologiczna diagnostyka afazji...*, s. 158.

¹³ EADEM: *Afazjologia...*, s. 26.

- anomie – trudności w nazywaniu;
- parafazje – zniekształcenia brzmienia słowa lub nieadekwatny wybór w aspekcie semantycznym;
- zaburzenia motoryczne;
- agramatyzmy;
- zaburzenia rozumienia;
- zaburzenia powtarzania;
- zaburzenia prozodii;
- inne zaburzenia językowe – agrafia, akalkulia¹⁴.

Przyczynom afazji – bardzo zróżnicowanym – zawsze towarzyszy uszkodzenie mózgu. Polega ono na zakłóceniu funkcjonowania odpowiednich struktur mózgowych, które wpływają na funkcjonowanie mózgu jako całości. Do najczęstszych przyczyn powodujących afazję zalicza się: schorzenia naczyniowe, urazy czaszkowo-mózgowe, zmiany nowotworowe, choroby neurodegeneracyjne, zatrucia toksynami, procesy zapalne spowodowane infekcjami bakteryjnymi, wirusowymi lub grzybiczymi¹⁵.

Zaburzenia pracy układu naczyniowo-mózgowego w zaburzeniach afatycznych wywołują zakłócenia porozumiewania się słownego i/lub pisemnego. Zaburzenia pisania są spowodowane uszkodzeniem obszaru tylnych tętnic mózgu. Z kolei uszkodzenia obszaru środkowej tętnicy prowadzą głównie do zaburzeń komunikacji werbalnej. W wyniku lezji obszaru tętnicy szyjnej następują zarówno zaburzenia komunikacji słownej, jak i pisemnej. „Obszar mowy” przypada bowiem na terytorium tętnicy środkowej mózgu, w której wyodrębnia się część dolną i górną.

Na obraz chorób naczyniowych OUN składają się: udar dokonany mózgu, TIA, krwotok podpajęczynówkowy, udar żylny mózgowia czy też encefalopatia nadciśnieniowa. Wśród wymienionych chorób największe znaczenie – ze względu na częstość występowania oraz skutki, jakie za sobą niesie – ma udar¹⁶.

Małgorzata Retinger-Grzesiułowa podaje, że udar mózgu następuje wówczas, gdy dochodzi do uszkodzenia tkanki mózgu. Blokada naczynia przez zakrzep, zator czy anomalie osłabiające ścianę naczynia, np. tętniaki, lub zwężające jego średnicę i zmniejszające tym samym przepływ krwi mogą powodować pęknięcie naczynia i wylew lub niedostateczne krążenie spowodowane spadkiem ciśnienia tętniczego. W każdym przypadku prowadzi to do natychmiastowych uszkodzeń tkanki mózgowej¹⁷.

Antoni Prusiński podaje z kolei, iż niedotlenienie trwające około 3 minut powoduje przejściowy deficyt funkcjonalny, natomiast dłuższe niedotlenienie staje się

¹⁴ Ibidem, s. 28.

¹⁵ EADEM: *Patogeneza i neuropsychologiczna diagnostyka afazji...*, s. 159.

¹⁶ W. KOZUBSKI: *Choroby naczyniowe układu nerwowego*. W: *Neurologia*. Red. W. KOZUBSKI, P.P. LIBERSKI. Warszawa, PZWL 2011, s. 426.

¹⁷ M. PAĆHALSKA: *Afazjologia...*, s. 96.

przyczyną nieodwracalnych zmian tkanki mózgowej wraz z trwałym deficytem funkcjonalnym¹⁸.

Abstrahując od definicji, należy uznać, iż udar mózgu stanowi trzecią co do częstości występowania przyczynę zgonów na świecie. Zapadalność roczna na udar mózgu waha się między 110 a 290 osobami na 10 tys. ludności. Śmiertelność wczesna, tj. do 28. dnia od początku stanu chorobowego, oscyluje w granicach 18–45%¹⁹.

Wyróżnia się następujące rodzaje udaru mózgu:

- **Krwotok mózgowy** – ściany tętnic na skutek procesów zapalnych, zwyrodnieniowych lub wad rozwojowych mogą pod naporem zwiększonego ciśnienia krwi ulec rozerwaniu. Krew niszczy tkankę mózgową, bo wylewa się na zewnątrz naczyń i hamuje czynność uszkodzonych komórek.
- **Zakrzep tętniczy** – przy zwolnionym przepływie krwi i uszkodzonych ścianach mogą tworzyć się przyscienne zakrzepy, które zamykają światło zmienionych chorobowo tętnic. Przerywają one tym samym dopływ krwi do dalszych odcinków. Następuje zjawisko rozmiękania tkanki mózgowej.
- **Zator mózgowy** – w tym przypadku również dochodzi do rozmiękania tkanki mózgowej. Przyczyną zatoru może być oderwana, chorobowo zmieniona tkanka, która niesiona prądem krwi zaczopuje jedną z tętnic, a także kuleczki tłuszczu dostające się do tętnic w przypadku złamania kości lub pęcherzyki gazu (azotu) w chorobie kesonowej.
- **Ucisk tętniczy** – guz mózgu, rozrastając się, zamyka światło tętnicy, a wówczas następuje wtórne ognisko rozmiękania w obszarze niedokrwienia.
- **Skurcz tętnic mózgowych** – długotrwały skurcz tętnic mózgowych prowadzi do niedotlenienia, z kolei krótkie skurcze dają często przemijające objawy udaru mózgu. Wytworzenie krążenia obocznego może znacznie zmniejszyć lub całkowicie usunąć zaburzenia czynności mózgu²⁰.

Owe różne rodzaje udaru mózgu są wynikiem selektywnego uszkodzenia naczyń krwionośnych, ale także chorób naczyniowych o różnej etiologii. Pozostają one w bardzo silnym związku zarówno z typem, miejscem i głębokością uszkodzenia tkanki mózgowej, jak i z możliwościami rekonwalescencji. Rehabilitacja jest bowiem niezbędnym elementem postępowania terapeutycznego już od pierwszych chwil po zachorowaniu. Postępowanie rehabilitacyjne ma na celu przywrócenie chorego do możliwie jak najlepszej sprawności ruchowej oraz poznawczej, komunikacyjnej. Co niezwykle istotne – rehabilitacja chorych z afazją polega na rehabilitacji osoby, nie zaś na leczeniu specyficznego objawu.

Nadrzędnym celem rehabilitacji chorych z afazją jest reintegracja zarówno psychiczna, jak i społeczna, wiążące się z odbudową utraconej zdolności posługiwania się językiem, ale też z podniesieniem jakości życia pacjenta. Rehabilitacja ma na celu wdrożenie chorego w aktywne uczestnictwo w codziennym życiu. Chodzi

¹⁸ A. PRUSIŃSKI: *Neurologia...*, s. 208.

¹⁹ W. KOZUBSKI: *Choroby naczyniowe...*, s. 425.

²⁰ K. WALSH: *Neuropsychologia kliniczna...*, s. 108–109.

o aktywne poszukiwanie nowej jakości, a nie bierne, pasywne przystosowanie. Reintegracja psychiczna i społeczna polega na nauczeniu chorego nowego sposobu radzenia sobie z własną niepełnosprawnością. Wszystkie te działania zmierzają w kierunku odzyskania sprawności, by chory mógł czuć się samodzielny, niezależny, ale także potrzebny²¹.

Studium indywidualnego przypadku

Podczas badania pacjenta zastosowałam metodę indywidualnego przypadku, ukierunkowaną na opracowanie precyzyjnej diagnozy zaburzeń językowych i innych procesów poznawczych, które im towarzyszą, a niezbędne są w procesie komunikacji. W badaniach wykorzystałam analizę dokumentów medycznych oraz wywiad. Dostarczyły one informacji na temat stanu zdrowia pani Heleny, przebytej przez nią choroby, incydentu udarowego oraz pozwoliły określić lokalizację i rozległość uszkodzenia mózgu.

Podczas wywiadu uzyskałam dane dotyczące kondycji psychofizycznej pacjentki oraz kolejnych kroków podjętych w celu jej leczenia i rehabilitacji. Przy wyznaczaniu celów i konstruowaniu programu terapeutycznego istotne okazały się wiadomości o upodobaniach i zainteresowaniach pani Heleny, o jej zawodzie, kontaktach z rodziną. Narzędziami badawczymi były: arkusz testowy MMSE, test SODA, test do badania afazji J. Szumskiej oraz T. Lewickiej. Pozwoliły mi one zgromadzić informacje dotyczące charakteru zaburzeń afatycznych oraz stworzyć adekwatny dla pacjentki program terapii.

Analiza wyników badań medycznych:

Pacjentka, pani Helena, lat 80, zamieszkała w Radomsku, została przyjęta na oddział neurologiczny 25 stycznia 2012 roku z rozpoznaniem udaru mózgu o charakterze niedokrwiennym.

Opis diagnostyczny w dniu przyjęcia na oddział:

- udar niedokrwienny mózgu;
- afazja motoryczna;
- niedowład czterokończynowy;
- nadciśnienie tętnicze;
- przebyty udar niedokrwienny w 2007 roku.

Wykonane badania dodatkowe:

- **Tomografia komputerowa** – w TK głowy z dnia 25 stycznia 2012 roku uwidocznione zostały zaniki korowe. W prawej okolicy ciemieniowej, ale także w lewym

²¹ M. PĄCHAŁSKA: *Afazjologia...*, s. 296–327.

płacie ciemieniowym oraz w lewej półkuli mózdzku obecne są blizny glejowe wywołujące defekt masy. Gęstość tkankowa substancji białej i szarej jest prawidłowa. Struktury tylnojamowe i komora IV są bez zmian. Układ komorowy nadnamiotowy pozostał nieprzemieszczony. Nie uwidoczniło zmian w obrębie części kostnych.

- **USG Doppler tętnic szyjnych** – badanie USG tętnic szyjnych z dnia 27 stycznia 2012 roku wykazało, że tętnice szyjne (wewnętrzne i zewnętrzne) w zakresie dostępnym badaniu są drożne z zachowanym prawidłowym przepływem domózgowym.
- Podczas pobytu na oddziale pani Helena poddana została rehabilitacji ruchowej i logopedycznej. Pacjentce zalecono konsultacje w poradni neurologicznej, gdzie nie stwierdzono niepożądanych zmian, dlatego wycofano leki i nie skierowano jej na dalszą rehabilitację neurologopedyczną.
- Po wypisaniu pacjentki ze szpitala prowadzono z nią rehabilitację neurologopedyczną indywidualnie, w warunkach domowych.

Konsultacja neurologopedyczna z dnia 31 stycznia 2012 roku

Konsultacja neurologopedyczna odbyła się wówczas, gdy pacjentka przebywała jeszcze na oddziale neurologicznym. Jej orientacja auto- i allopsychiczna była bardzo zaburzona. Pani Helena nie odpowiadała bowiem na pytania o to, jak ma na imię, ile ma lat, gdzie mieszka, gdzie się znajduje, co się wydarzyło, jaki mamy dzień. Każdorazowo powtarzała: *no, no, no*, potakująco kiwając głową. Dodatkowo powtarzała proste słowa po logopedzie – wystąpiła wówczas bardzo nasilona echolalia.

Pacjentka całkowicie nie współpracowała z logopedą. Dlatego przeprowadzenie badania rozumienia i nazywania zautomatyzowanych ciągów słownych było niemożliwe. Pacjentka nie powtarzała słów po logopedzie, choć została o to poproszona. Niemożliwe do wykonania było również badanie czytania i pisanie. Pacjentka nie wykonała także Testu Rysowania Zegara.

Pacjentka pozostawała praktycznie bez logicznego kontaktu. Można było zaobserwować jedynie:

- lewostronne porażenie nerwu VII – „objaw fajki”;
- lekko wygładzoną bruzdę nosowo-wargową po stronie lewej;
- brak objawu Bella;
- ocena łuków podniebiennych (nerw X) – lekko obniżone podniebienie po prawej stronie.

Inne próby, jak np. prośba o zmarszczenie czoła, wyszczerzenie zębów, uśmiech, wysunięcie języka na zewnątrz, ocena stanu języczka, okazały się niemożliwe ze względu na niewykonywanie próśb logopedy.

U pacjentki można było zaobserwować zachowany odruch kaszlowy (odkaszływała spontanicznie). Nie miała trudności z przyjmowaniem pokarmów.

Dane z wywiadu

Pani Helena posiadała wykształcenie podstawowe. Przez całe swoje życie pracowała w cegielni, przy obsłudze specjalistycznych maszyn. Obecnie jest na emeryturze.

Dotychczas była osobą sprawną, poruszającą się samodzielnie, potrafiącą zadbać nie tylko o siebie, ale także o chorego męża. Rzadko wymagała pomocy ze strony córki, która jednak stale monitorowała sytuację w domu rodziców, często ich odwiedzała.

Z uwagi na przebyty udar i towarzyszące temu zaburzenia afatyczne wywiad z pacjentką był niemożliwy do przeprowadzenia. Wszystkie informacje uzyskano od członków jej rodziny (męża i córki).

Dane z wywiadu z córką pacjentki (opis incydentu udarowego)

Podczas wspólnej pracy w ogrodzie córka zauważyła u matki niecodzienne zachowanie: skargi na uporczywy ból głowy, niewyraźną mowę, wykrzywienie lewej strony twarzy, drętwienie rąk, aż w końcu utratę przytomności i osunięcie się na ziemię.

Po natychmiastowej reakcji ze strony męża i córki na miejsce zdarzenia przyjechała karetka pogotowia, która przetransportowała panią Helenę na izbę przyjęć. Przez cały ten czas u pacjentki nasilały się objawy zaburzeń językowych i niedowład. W chwili przyjęcia na oddział pacjentka była przytomna, jednak cierpiała na niedowład kończyn oraz zaburzenia mówienia.

Diagnoza (rozpoczynająca terapię indywidualną po wypisie ze szpitala – 15 lutego 2012 roku)

■ Ocena nerwów czaszkowych:

Nerw VII – pacjentka unosi brwi, marszczy czoło, zamyka oczy, szczyrzy zęby i robi tzw. „dziubek”, poza tym uśmiecha się. Nie zauważono objawu Bella. Jednak nadal uwidaczniają się: opadanie kącika ust po lewej stronie oraz wygładzenie fałdu nosowo-wargowego.

Nerw IX – u pacjentki widoczne jest porażenie łuku podniebieniowego po stronie prawej. W czasie fonacji następuje jedynie słabe unoszenie się łuków podniebieniowych po stronie porażonej. Osłabieniu uległy odruchy podniebienno-gardłowe po stronie prawej.

Nerw X – pacjentka ma zachowany odruch kaszlowy. Nie stwierdzono u niej zaburzeń połykania. Języczek nie zbacza w żadną ze stron.

Nerw XII – pacjentka wysuwa język, opuszcza go w dół, kieruje na boki, w górę i w dół. Nie zauważa się asymetrii w ułożeniu języka, ruchów mimowolnych. Jednak pacjentka nie potrafi szybko powtórzyć *tik-tak, tik-tak*, co świadczy o upośledzeniu powtarzanych ruchów języka.

- **Orientacja auto- i allopsychiczna.** Pacjentka wie, jak się nazywa, ile ma lat, czy ma dzieci oraz męża i jak mają oni na imię. Wie doskonale, w jakim mieście się znajduje, jednak podaje, że przebywa w szpitalu. Nie potrafi odpowiedzieć na pytanie, jak się dzisiaj czuje. Cały czas u pacjentki pojawiają się natychmiastowe echolalie. Gdy logopeda domaga się odpowiedzi, wówczas pacjentka poddaje się, nie chce już udzielać odpowiedzi, mówi, że „nie wie”.
- **Badanie mowy opisowej.** Pacjentka cały czas inicjuje mowę „od siebie”. Chętnie i swobodnie rozmawia z logopedą, oczywiście często opowiadając o sytuacjach i zdarzeniach zaszłych. Nie ma problemów z artykulacją, czasami myli znaczenie wyrazów, mówi lekkim żargonem. Zdarza się, że wpada w słowotok, który można powstrzymać tylko stanowczym zwrotem skierowanym do pacjentki (odhamowanie).
- **Badanie mowy dialogowej.** Pani Helena nie potrafi udzielić odpowiedzi na pytanie o to, jak się dzisiaj czuje. Cały czas u pacjentki pojawiają się echolalie. Zaraz potem zaprzestaje ona prób odpowiedzi na zadane pytanie. Jednakże gdy logopeda podejmuje z nią rozmowę na temat choroby męża, wówczas pacjentka swobodnie rozmawia. Odpowiada na pytania, wyraża swoje emocje, zaniepokojenie stanem męża, podaje termin jego pobytu w szpitalu, wie, czego dotyczy choroba małżonka, zna podstawowe dane o operacji, której został poddany.
- **Zautomatyzowane ciągi słowne.** Pacjentka z trudnością przelicza od 1 do 10 czy też wymienia dni. Robi to tylko z pomocą logopedy, z torowaniem, przypominaniem. Nie jest w stanie podać kolejno miesięcy oraz pór roku. Pamięta natomiast werset piosenki (której jednak nie śpiewa) oraz doskonale potrafi odmówić modlitwę.
- **Badanie powtarzania.** Zakres powtarzania słów nie jest u pacjentki ograniczony. Pani Helena potrafi prawidłowo powtórzyć wszystkie samogłoski i spółgłoski. Nie ma problemu z powtarzaniem wyrazów, takich jak: *abażur, etażerka, żyrafa, fasola, kredens, durszlak, suszarka*, a także całych zdań, np. *Dziś jest słonecznie; Na śniadanie zjadłam zupę mleczną; Bardzo lubię róże i tulipany*. Jednakże chora ma trudności w powtórzeniu ciągu wyrazów: *KOT – LAS – DOM; ani tak, ani nie, ani ale* oraz *czterdziesta czwarta brygada artyleryjska*.
- **Badanie nazywania.** Pacjentka nie ma dużych trudności z nazywaniem desygnatów, nie potrzebuje dłuższego czasu na znalezienie właściwej nazwy. Zdarza się, że chora posłuży się opisem danego przedmiotu, zamiast nazwy poda jego możliwe zastosowanie.
- **Nazywanie czynności.** Pacjentce bardzo dużą trudność sprawia nazywanie czynności. Na pytanie: „Co robi ta pani?” pacjentka często w ogóle nie udziela odpowiedzi lub odpowiada nieprawidłowo, sugerując się ułożeniem rąk osoby przedstawionej na zdjęciu, przedmiotem, który znajduje się blisko bohatera obrazka itp. Gdy logopeda ujawnia nazwę danej czynności, pacjentka dziwi się, z niedowierzaniem patrzy na fotografię. Przy tym pani Helena nie zdaje sobie sprawy z podjęcia nieudanej próby nazwania czegokolwiek.

- **Nazywanie kolorów.** Pacjentka rozpoznaje i różnicuje kolory. Problem występuje sporadycznie, przy ich nazywaniu. Trudność pojawia się w chwili potrzeby rozróżniania barw. Pani Helena bowiem jest w stanie rozpoznać tylko diamentalnie różniące się od siebie kolory, np. zielony i czerwony, niebieski i biały, ale już czerwony i różowy lub pomarańczowy i żółty są dla niej niemal nie do rozszyfrowania.
- **Badanie rozumienia mowy.** Pacjentka nie zawsze wykonuje proste polecenia. Co prawda, poproszona unosi ręce do góry, otwiera usta, wskazuje przedmioty znajdujące się w jej otoczeniu: szafę, dywan, okno, łóżko. Nie jest w stanie jednak wykonać prostych i złożonych poleceń słownych. Podczas badania pani Helena fiksuje się na pierwszym prostym poleceniu („Proszę podnieść ręce”), natomiast nie realizuje już poleceń typu: „Proszę wyciągnąć ręce przed siebie”; „Proszę dotknąć ręką oka”; „Proszę dotknąć lewą ręką prawego ucha”. Słyszając wyraz „ucho”, pacjentka podejmuje rozmowę na temat ucha, opowiada o chorobie ucha, o grypie sąsiadki i chorobie swojego męża. Dalsze wykonywanie jakichkolwiek poleceń jest niemożliwe.
- **Rozumienie nazw czynności.** Pacjentka proszona o wskazanie wiadra z wylewającą się wodą lub osoby pijącej wodę wskazuje je poprawnie, ale już nie potrafi wskazać ilustracji, gdzie ktoś myje ręce. Chora opisuje, że kobieta trzyma kielich w ręku, jednak mówi, że robi zdjęcie, inna z kolei – robi po prostu miny” (na 6 obrazków nie rozpoznała żadnej czynności).
- **Rozumienie nazw przedmiotów.** Pacjentka proszona o wskazanie przedmiotów, rzeczy i osób na obrazku nie zawsze wskazuje je poprawnie. Często powtarza, że coś jest pudełkiem lub budą dla psa, np. bochenek chleba. Na 10 obrazków poprawnie podaje około 6–7 przedmiotów. Nie umie dopasowywać par obrazków, np. nie kojarzy widelca z nożem.
- **Rozumienie trudnych zadań.** Rozumienie złożonych konstrukcji staje się dla pacjentki niemożliwe do wykonania. Chora nie potrafi wykonać zadania we właściwej kolejności.
- **Rozumienie nazw części twarzy oraz nazw części ciała.** Pani Helena bezbłędnie wskazuje części twarzy i części ciała. Poprawnie rozpoznaje nos, oko, usta, ucho, palec, nogę, rękę, głowę. Wie, gdzie kot ma uszy i że ma wąsy oraz puszysty ogon.
- **Czytanie.** Pacjentka nie rozpoznaje wszystkich liter. Z alfabetu przedstawionego na rysunkach myli litery podobne do siebie: *p, b, d, g, c, e, l, t*. Pacjentka odczytuje proste wyrazy, a nawet zdania, np. *Pójdę do sklepu; Ładna jest ta sukienka; Lubię kwiaty.*
- **Pisanie.** Czynność pisania nie jest zachowana. Pacjentka próbuje kopiować literę, cyfrę, ale ich wygląd nie ma nic wspólnego z podanym wzorcem. Problemy wynikają z błędnej analizy dźwiękowo-literowej słów. Pani Helena przejawia także zaburzenia pamięci słuchowo-werbalnej, co również dezorganizuje wszelkie próby pisania.

- **Pismo spontaniczne.** Chora potrafi tylko podpisać się imieniem i nazwiskiem. Każda inna próba pisma spontanicznego kończy się niepowodzeniem.
- **Badanie liczenia oraz wykonanie działań arytmetycznych.** Pacjentka popełnia błędy podczas wskazywania przez logopedę cyfr i liczb. Praktycznie ich nie rozpoznaje. Nie potrafi rozróżnić ani cyfr arabskich, ani cyfr rzymskich. Nie wykonuje również żadnych działań arytmetycznych.
- **Badanie orientacji przestrzennej.** Pacjentka nie myli kierunków, dokładnie odpowiada na pytania dotyczące ułożenia przedmiotów w łazience, kuchni czy pokoju. Wie, gdzie jest góra, dół, prawa i lewa strona kartki. Jednak niepoprawnie określa godziny na zegarze.
- **Badanie pamięci.** Pacjentka bardzo dobrze ma utrwalone w pamięci sprawy i zdarzenia z przeszłości. Ma natomiast wyraźny problem z pamięcią krótkotrwałą. Wyraźnie widać to podczas ćwiczeń w doborze i rozpoznawaniu obrazków. Jeśli znała nazwę, wiedziała, co przedstawia dany rysunek w tej chwili, niekoniecznie musiała go rozpoznać po kilku minutach. Nie wiązało się to z brakiem znajomości desygnatu, gdyż pacjentka informowała, że wie, co to jest, wie, do czego służy.
- **Badanie prakcji oralnej.** Chora wysuwa język, układa usta w tzw. „dziubek”, kinestezję artykulacyjną ma bardzo dobrze zachowaną. Podnosi język do góry, opuszcza i kieruje na boki. Potrafi oblizać wargi. Prezentuje gwizdanie.
- **Praksja rąk.** Pacjentka – mimo wcześniejszego niedowładu – nie ma problemu z uniesieniem ręki, zaciskaniem jej w pięść, rozluźnieniem. Potrafi prezentować zewnętrzną i wewnętrzną powierzchnię dłoni. Umie szybko odwracać dłonie, obracając je w nadgarstku. Jednak niepoprawnie trzyma ołówek oraz nie potrafi dotknąć kciuka pozostałymi palcami. Bez problemu pokazuje, naśladuje czesanie się. Pacjentka nie potrafi powtarzać określonych sekwencji ruchów, liczby klaśnień, powtórzeń. Ułożenie rąk nie ma dla niej znaczenia.

Diagnoza logopedyczna

Zaburzenia komunikacji językowej pacjentki – stwierdzone na podstawie przeprowadzonych testów oraz wywiadu – wskazują na występowanie afazji sensorycznej (akustyczno-gnostycznej). Ten rodzaj afazji cechuje się zaburzeniami słuchu fonematycznego i zaburzeniami rozumienia mowy. Osoba chora słyszy, ale nie rozpoznaje dźwiękowej formy wypowiedzi. Charakteryzuje ją wielomówność i tzw. żargon afatyczny. Pacjent mówi płynnie, poprawnie artykułuje głoski, zachowany zostaje prozodyczny kształt jego wypowiedzi, ale nadal mowa jest niezrozumiała. Występują także zaburzenia pisania oraz głośnego czytania. Z uwagi

na zaburzenia kontroli słuchowej chory nie kontroluje tego, co mówi, i nie jest w pełni świadomy swoich językowych problemów²².

Opisana przez mnie pacjentka dość dobrze rozumie słyszana mowę i dość dobrze formułuje zdania, sporadycznie zaburzając ich konstrukcję gramatyczną. W jej wypowiedziach zdarzają się jednak amnestyczne ubytki słów, głównie rzeczowników i czasowników, które są omijane i zastępowane formami opisowymi. Przy zaburzeniach przypominania danej nazwy bardzo pomocne staje się torowanie za pomocą pierwszej sylaby w nagłosie.

U pacjentki spostrzega się zaburzenia dotyczące aspektu fonologicznego języka. Chora ma trudności w odnalezieniu właściwych wzorców brzmieniowych nazw dla desygnatów. Istotną rolę odgrywa również zaburzenie pamięci słuchowo-werbalnej. Odbiera to umiejętność wyraźnej i precyzyjnej percepcji przedmiotowego odniesienia słowa i jego znaczenia. Powoduje to częste parafazje werbalne w mowie ustnej oraz paragnozje werbalne w przyswajaniu mowy. Chora wyławia czynniki prozodyczne, jednak czasem musi domyślać się znaczenia poszczególnych słów, by wpasować się w kontekst wypowiedzi.

U pacjentki wyróżnia się poza tym deficyty związane z nieprawidłowo funkcjonującą pamięcią symultaniczną i sekwencyjną. Pani Helena ma trudności w szeregowaniu danych desygnatów, w grupowaniu ich w zbiory oraz łączeniu w pary do siebie pasujące.

Należy więc odbudować percepcję wzrokową, a na jej podstawie kształtować umiejętność wyszukiwania istotnych cech przedmiotu i rozpoznawania go po tych cechach oraz odbudowę wyobrażeń wzrokowo-przedmiotowych, procesu porównywania spostrzeganego obrazu z wyobrażeniem zachowanym w pamięci.

Pacjentka nie rozpoznaje wszystkich liter, potrafi jednak samodzielnie przeczytać proste słowa lub zdania. Natomiast nie została u niej zachowana czynność pisania. Chora potrafi tylko się podpisać imieniem i nazwiskiem. Każda inna próba pisma spontanicznego kończy się niepowodzeniem (czynność zautomatyzowana). Ma też duży problem z przerysowaniem obrazka.

Mowa pacjentki jest płynna i zrozumiała. Czasami pojawia się w niej „żargon afatyczny” oraz niewielkie zaburzenia płynności mówienia, szczególnie gdy pacjentka fiksuje się na jakimś przedmiocie lub czynności (następuje odhamowanie). Nie obserwuje się u niej natomiast głębokich zaburzeń powtarzania, choć ma to na pewno związek z wycofującą się już powoli echolalią.

²² J. PANASIUK: *Standard postępowania logopedycznego w afazji*. „Logopedia” 2008, T. 37, s. 267.

Program terapii

Celem prowadzonej terapii logopedycznej jest przywrócenie możliwości stałego kontaktu pacjenta z otoczeniem, odbudowa zdolności komunikacyjnych. Postępowanie terapeutyczne winno być dostosowane do charakteru zaburzeń mowy i stopnia ich nasilenia, ale także – co niezwykle istotne – do kondycji psychicznej chorego. Terapia musi być zatem oparta na odbudowie całej osobowości chorego, a co się z tym łączy – jego funkcjonowania z chorobą²³. Aby wyprowadzić pacjenta z choroby należy wyznaczyć odpowiednie cele. W przypadku terapii zaburzeń afatycznych prezentowanej pacjentki celem podstawowym była odbudowa zdolności językowego porozumiewania się, nadawania i odbierania treści.

Etapy terapii i rodzaje ćwiczeń

1. Terapia rozumienia wypowiedzi językowych oraz nazywania:

- ćwiczenia w dobieraniu obrazków – desygnatów do usłyszanej nazwy;
- ćwiczenia w dobieraniu odpowiednich obrazków do usłyszanych dźwięków, charakterystycznych dla danych przedmiotów;
- ćwiczenia słuchu fonemowego – wskazywanie przedmiotów o podobnym brzmieniu;
- klasyfikowanie przedmiotów według podanego kryterium;
- łączenie ilustracji przedmiotów codziennego użytku w pary według ustalonego kryterium;
- różnicowanie nazw przedmiotów pozostających względem siebie w opozycji;
- dobór ilustracji do podanych cech danego przedmiotu;
- rozdzielanie słów na grupy semantyczne – dopasowanie przedmiotów do danego pola semantycznego;
- układanie serii obrazków tematycznych w historyjki obrazkowe;
- dopasowywanie obrazków do wysłuchanej uprzednio historii, opowieści;
- dopasowywanie obrazków tematycznych do litery, na którą rozpoczyna się nazwa prezentowanego przedmiotu.

2. Terapia ekspresji werbalnej:

- ćwiczenie ekspresji: uzupełnianie zdań słowami;
- udzielanie odpowiedzi na podstawie prezentowanych obrazków, uzupełnianie zdań słowami – przeciwieństwami;
- uzupełnianie zdań przymiotnikami i rzeczownikami, odpowiadanie na pytania całym zdaniem, używanie przyimków;
- odpowiadanie na pytania do obrazków.

3. Terapia czytania:

- rozpoznawanie liter, sylab;

²³ Ibidem, s. 272–273.

- dobieranie podpisów do obrazków;
- wskazywanie dwóch wyrazów spośród innych;
- układanie wyrazów z sylab;
- wykonanie poleceń podanych na piśmie.

4. Terapia pisania:

- pisanie liter, sylab (kopiowanie);
- pisanie wyrazów do przedmiotów prezentowanych na obrazkach;
- uzupełnianie różnych zdań brakującymi wyrazami;
- ćwiczenia analizy dźwiękowo-literowej (rozsypanki literowe, sylabowe i wyrazowe).

Opisane przeze mnie studium przypadku dotyczy osoby z zaburzeniami afatycznymi. Terapia z panią Heleną prowadzona była 4 miesiące, jeden raz w tygodniu. W trakcie trwania terapii pacjentka wykazywała duże zaangażowanie i chęć do pracy, pomimo że początkowo raczej nie zdawała sobie sprawy z potrzeby czy też konieczności wizyt logopedy. Sądzę, że bardzo lubiła te spotkania, zawsze bowiem wyczekiwała na mój przyjazd, stojąc w oknie, i wyrażała ubolewanie, gdy przed Świątami Wielkanocnymi zajęcia nie odbyły się. Bez cienia wątpliwości czy pretensji poddawała się wszystkim zaleceniom logopedy. U pacjentki można zaobserwować następujące efekty terapii: znaczące wycofanie się echolalii, utrwalenie zautomatyzowanych ciągów słownych, umiejętność wskazywania desygnatów na obrazku, usprawnienie funkcjonowania pamięci wzrokowo-słuchowej oraz symultaniczno-sekwencyjnej, umiejętność nazywania czynności przy podparciu wzrokowym oraz umiejętność rozróżniania liter.

Decyzją rodziny terapia nie była już dalej kontynuowana. Członkowie najbliższej rodziny nie podejmowali także działań terapeutycznych samodzielnie, nawet wówczas, gdy logopeda spotykał się z pacjentką. To najlepiej dowodzi, że niezbędna jest edukacja rodziny i społeczeństwa w zakresie konieczności stosowania terapii logopedycznej przy schorzeniach neurologicznych przebiegających z zaburzeniami mowy i komunikacji.