

BARBARA MIGUŁA

Zespół Szkolno-Przedszkolny nr 2 w Rudzie Śląskiej

Afazja jako zaburzenie mowy po udarze mózgu – studium przypadku

ABSTRACT: The overall aim of the research is the description of the aphasiac speech disorders in correlation with the clinical picture of the patient after a stroke, recognizing the research problem in terms of pragmatic, aimed at creating a patient-oriented diagnosis and effective rehabilitation. Cerebral stroke is one of the most common causes of focal brain damages and the cause of more than half of all cases of aphasia. The types of post-stroke disorders are closely related to the location of damage. Any change in the area of the brain affects directly or indirectly the ability and quality of speech, which is coupled to the overall memory functions, motor and intellectual functions. Aphasia comes from the Greek *aphasia* and means dumbness. The precise explanation of the term, however, causes many difficulties. A multitude of definitions suggests the high complexity of the problem and carries a multiplicity of diagnostic approaches and methodology. In order to make a diagnosis of studied patients she was subjected to a series of trials and exercises, which were the basis of methods based on selected items of psychological and neuropsychological diagnostics. The patient was also subjected to a detailed interview. An evaluation of cranial nerve function and language functions was also made. Due to the age of the patient the degree of cognitive activity was also examined. The research and observations made it possible to diagnose a post-stroke language disorders with the characteristics of motor aphasia and the elements of sensory aphasia. The therapy was aimed mainly at improving the disturbed functions of naming and spontaneous speech. For this purpose a diverse set of exercises were worked out. The right mix of methods used for working with patients allow getting the proper diagnosis and planning the right treatment that streamlined lost functions, restore the patient to the independent and proper functioning.

KEY WORDS: brain, stroke, aphasia, diagnosis, speech

Wstęp

Udary mózgowie – stanowiące jedną z najliczniejszych grup chorób współczesnej cywilizacji – są jedną z najczęstszych przyczyn ogniskowych uszkodzeń mózgu¹.

¹ G. CHOJNACKA-SZAWŁOWSKA: *Neuropsychologia*. Gdańsk, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego 1993, s. 34.

Zapadalność na udary jest zatem poważnym problemem zarówno ze względu na częstość występowania, jak i różnorodność zaburzeń oraz problemów po ustąpieniu ataku. Według polskich klinicystów udary mogą być przyczyną ponad połowy wszystkich przypadków afazji². Zważywszy, że stanowią one tak częstą chorobę ośrodkowego układu nerwowego, liczba chorych z afazją stale rośnie.

Przyczyn zachorowalności na udary może być wiele. Pośród nich znaleźć można takie, na które nie mamy wpływu, wiele jest jednak prowokowanych przez samych pacjentów, prowadzonym przez nich stylem życia, złymi nawykami, przyzwyczajeniami i nałogami, stanowiącymi pośrednią przyczynę wystąpienia chorób naczyniowych mózgu. Podstawowymi czynnikami sprzyjającymi zapadalności na udary mózgowie są: wiek, nadciśnienie tętnicze, choroby serca, przebyty już udar, cukrzyca, doustne środki antykoncepcyjne, procesy zapalne naczyń, choroba krwi, leki przeciwzakrzepowe, palenie papierosów czy otyłość³. Niezależnie od powyższych czynników ryzyka należy pamiętać, że najczęstszą przyczyną wystąpienia udaru jest miażdżyca naczyń. Udary zwykle się łączy z osobami w starszym wieku, choć obecnie notuje się wysoki stopień zapadalności również wśród osób młodych, poniżej 55. roku życia⁴.

Rodzaje zaburzeń poudarowych pozostają w ścisłym związku z lokalizacją uszkodzenia. Choroba może zatem powodować deprivacje w obszarach płatów czołowych, skroniowych, potylicznych i ciemieniowych. Obszary te, poza kontrolą mowy, odpowiadają za wiele różnych istotnych funkcji życiowych. Każda jednak zmiana w obszarze mózgowym pociąga za sobą poważne konsekwencje, m.in. wpływa pośrednio lub bezpośrednio na możliwość i jakość mowy, która sprzężona jest z funkcjami pamięci, ogólnej motoryki czy sprawności intelektualnej.

Afatyczne zaburzenia mowy

Pojęcie afazji, wywodzące się od greckiego *aphasia*, oznacza w dosłownym tłumaczeniu niemotę. Precyzyjne wyjaśnienie terminu przysparza niemało trudności. Według Marii Pąchalskiej jest to syndrom oznaczający dezintegrację procesu przetwarzania informacji, czyli zaburzenie zdolności kodowania i/lub dekodowania różnorodnych symboli niejęzykowych i/lub językowych występujących w danym języku, kręgu kulturowym czy wspólnocie komunikacyjnej⁵. Mariusz Maruszewski definiuje afazję jako częściowe lub całkowite zaburzenie – na skutek organicznego

² M. PĄCHAŁSKA: *Afazjologia*. Warszawa, PWN 1999, s. 95.

³ A. PRUSIŃSKI: *Podstawy neurologii klinicznej*. Warszawa, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich 1983, s. 171.

⁴ M. PĄCHAŁSKA: *Afazjologia...*, s. 34.

⁵ *Ibidem*, s. 27.

uszkodzenia odpowiednich struktur mózgowych – mechanizmów programujących czynności mowy człowieka, który już uprzednio opanował te czynności⁶.

Mnogość terminów związanych z afazją sugeruje wysoką złożoność problemu. Prowadzone przez przedstawicieli różnych dziedzin nauki badania nad mową zaowocowały różnorodnością ujęć i definicji.

Na podstawie obserwacji rodzajów zaburzeń mowy powstała ogólnie przyjęta klasyfikacja stworzona przez Theodore'a H. Weisenburga i Katharine E. McBride. Badacze wyodrębniają⁷:

- afazję ruchową (ekspresywną, motoryczną), objawiającą się trudnościami w nadawaniu mowy, wiążącą się z uszkodzeniami mózgu w obszarze Broca;
- afazję czuciową (impresywną, sensoryczną, receptywną), przejawiającą się trudnościami w rozumieniu wypowiedzi, związaną z okolicą Wernickego;
- afazję mieszaną (ruchowo-czuciową), skutkującą trudnościami zarówno w tworzeniu wypowiedzi, jak i w jej odbiorze;
- afazję amnestyczną (nominalną), charakteryzującą się upośledzeniem zdolności nazywania poszczególnych przedmiotów, łączoną z uszkodzeniami połączeń ośrodków czuciowych i ruchowych bądź też z uszkodzeniami styku płata skroniowego, ciemieniowego i potylicznego lewej półkuli;
- afazję globalną (całkowitą, totalną), związaną z rozległymi obszarami mózgu, polegającą na całkowitym zniesieniu umiejętności mówienia i rozumienia.

Warto zauważyć, że niezwykle rzadko spotyka się obraz zaburzeń mowy w formie wyizolowanej. Z reguły problemy z różnych typów afazji współistnieją, nakładają się na siebie i mieszają ze sobą, dając obraz znacznie bardziej skomplikowany i zawiły.

Metody diagnozowania afazji

Zróznicowanie poglądów teoretycznych i duża różnorodność klasyfikacji afazji niesie za sobą wielość podejść diagnostycznych i metodologii. Określenie istoty diagnozy zależy przede wszystkim od przyjętych celów diagnostycznych. Danuta Kądziaława wyróżnia tu dwie kategorie⁸:

- naukowe – służące weryfikacji określonej tezy modelu teoretycznego przyjętego przez badacza;
- pragmatyczne – skupiające się na samym pacjencie i właściwych mu problemach klinicznych.

⁶ M. MARUSZEWSKI: *Afazja. Zagadnienia teorii i terapii*. Warszawa, PWN 1966.

⁷ Cyt. za: A. PRUSIŃSKI: *Podstawy neurologii klinicznej...*, s. 74.

⁸ D. KĄDZIALAWA: *Afazja*. W: *Diagnoza i terapia zaburzeń mowy*. Red. T. GAŁKOWSKI, Z. TARKOWSKI, T. ZALESKI. Lublin, Wydawnictwo UMCS 1993, s. 73.

W praktyce – w zależności od pytań szczegółowych – wyróżnia się⁹:

- diagnozę funkcjonalną – mającą na celu rozpoznanie zaburzeń, określenie ich patomechanizmów i wyodrębnienie ich od zachowań pozostających w normie;
- diagnozę lokalizacyjną – prowadzącą do wskazania uszkodzonych obszarów mózgu;
- diagnozę dynamiki zmian;
- diagnozę efektywności procesu terapii – dokonywaną poprzez zestawienie wyników badania wstępnego z wynikami badania końcowego.

Do diagnozowania afazji doskonale zastosowanie znajduje klasyczny podział na podejście psychometryczne i kliniczno-eksperymentalne stosowane w praktyce psychologicznej¹⁰. Ujęcie psychometryczne skierowane jest na język pojmowany jako zbiór czynności mowy, takich jak: narracja, mowa dialogowa, nazywanie, powtarzanie, reprodukcja zautomatyzowanych ciągów słownych, rozumienie mowy słyszanej, czytanie ze zrozumieniem, kopiowanie tekstu i pisanie od siebie.

W podejściu kliniczno-eksperymentalnym zwraca się uwagę na wysoki stopień zindywidualizowania charakteru funkcji psychicznych, a więc także funkcji językowych. Szczególną rolę przypisuje się tutaj doświadczeniu osoby diagnozującej, traktowanej jako swoiste narzędzie diagnostyczne. Do najbardziej popularnych metod stosowanych w ramach ujęcia kliniczno-eksperymentalnego należą:

- analiza syndromologiczna, opracowana przez Aleksandra R. Łurię;
- studia przypadków¹¹.

Pierwsza z tych metod polega na wskazaniu defektu podstawowego prowadzącego do powstania zaburzeń funkcji psychicznych, druga zaś opiera się na badaniu na podstawie stworzonych uprzednio w badaniach laboratoryjnych modeli czynności mowy osób zdrowych. Przyjmuje się przy tym założenie, że dany objaw afazji stanowi konsekwencję wypadnięcia jednego z czynników zaangażowanych w realizację danej czynności mowy¹².

Przy ocenie różnicowej afazji należy dodatkowo uwzględnić trzy dodatkowe kryteria¹³:

- praksję werbalną – umiejętność powtarzania słów i krótkich wyrażen typu „tip-top”, „papa, papa” do 10 razy na minutę;
- praksję oralną – zdolność wykonywania szybkich i precyzyjnych ruchów narządów mowy;
- hemiplegia / hemipareza – porażenie / słabość prawej połowy ciała u praworęcznych.

⁹ Ibidem, s. 74.

¹⁰ Ibidem.

¹¹ Ibidem, s. 75.

¹² Ibidem.

¹³ M. PAŁCHALSKA: *Afazjologia...*, s. 125.

Korzystając z neuropsychologii integrującej wiedzę o związkach mózgu z zachowaniem, wyodrębnić można trzy główne metody¹⁴:

- ilościowe – opierające się głównie na testach psychometrycznych;
- jakościowe – skupiające się na obserwacji i badaniu neuropsychologicznym;
- kompleksowe – łączące podejście jakościowe i ilościowe.

Neuropsychologiczne badanie obejmuje wywiad, obserwację zachowania oraz ocenę funkcji poznawczych i tym samym zapewnia zdobycie wszechstronnych informacji o stanie zdrowia pacjenta¹⁵.

W wywiadzie dążymy do uzyskania wiedzy o stanie pacjenta w okresie przedchorobowym, o ewentualnych problemach i zaburzeniach, zapoznajemy się z dokumentacją medyczną. Ważną częścią wywiadu jest nawiązanie kontaktu z osobą najbliższą pacjentowi, która udzieli wszelkich niezbędnych informacji. Obserwacja zachowania umożliwia poznanie sposobu funkcjonowania chorego w społeczeństwie, poziomu jego motywacji i zaangażowania w proces rehabilitacji. Ocena funkcji poznawczych uwzględnia badania stanu emocjonalnego, motywacji, orientacji, zdolności koncentracji i utrzymania uwagi, funkcji językowych, orientacji wzrokowo-przestrzennej, zdolności uczenia się i zapamiętywania nowych informacji oraz umiejętności planowania i wykonywania złożonych zadań¹⁶.

Komunikacja międzyludzka nie ogranicza się jednakże do aktywności słownej, toteż istnieje potrzeba zbadania funkcji niewerbalnego porozumiewania się. Jak wskazuje M. Pąchalaska, najbardziej popularne są badania nad oceną gestowego porozumiewania się¹⁷.

Zaburzenia w zakresie wykonywania celowych ruchów dowolnych przy równoczesnym braku niedowładów lub ataksji nazywane są apraksją¹⁸. Apraksja często towarzyszy afazji, gdyż zdarza się w uszkodzeniach lewej półkuli mózgu. Jako pierwszy apraksję zdefiniował Hugo Liepmann, opisując trzy jej rodzaje¹⁹:

- kinetyczną apraksję kończyn, nazywaną też „utrata pamięci kinetycznej ręki”;
- apraksję ideacyjną, przejawiającą się zaburzeniami wykonywania złożonych sekwencji ruchów na przedmiotach lub też błędnym użyciem danego przedmiotu;
- apraksję ideomotoryczną, polegającą na trudnościach z wykonywaniem napolecenie lub naśladowaniem ruchów narządów artykulacyjnych oraz ruchów rąk.

Apraksję można badać w różnoraki sposób. Do najbardziej popularnych testów standaryzowanych należą: *Test badania apraksji* opracowany w Bostoń-

¹⁴ Ibidem, s. 129.

¹⁵ Ibidem, s. 131.

¹⁶ Ibidem, s.130.

¹⁷ Ibidem, s. 147.

¹⁸ A. PRUSIŃSKI: *Podstawy neurologii klinicznej...*, s. 53.

¹⁹ M. PĄCHALSKA: *Afazjologia...*, s. 148.

skim Centrum Badania Afazji oraz *Niewerbalna Skala Porozumiewania się* opracowana przez Joana C. Boroda, Patricię M. Fitzpatric i Harolda Goodglassa²⁰. Za pomocą prostych poleceń bada się prakcję twarzy, kończyn oraz czynności pantomimiczne.

Badanie pacjenta powinno składać się z kilku etapów²¹:

- **Etap 1.** – obejmuje wstępne badanie przeglądowe, którego celem jest poznanie zaburzonych funkcji. Składa się ono z następujących elementów:
 - rozmowa wstępna, ukierunkowana na nawiązanie kontaktu z chorym, przekonanie go do współpracy oraz zdobycie jego zaufania;
 - badanie funkcji ruchowych, którego celem jest ustalenie ewentualnych zaburzeń ruchowych powstałych na skutek uszkodzenia mózgu;
 - badanie zaburzeń ruchowych o bardziej złożonym charakterze, obejmujące badanie czynności wymagających bardziej złożonych sekwencji ruchów, takich jak np. wiązanie sznurowadeł;
 - badanie zaburzeń postrzegania wzrokowego, którego celem jest określenie zdolności rozpoznawania przedmiotów;
 - badanie zaburzeń postrzegania za pomocą dotyku, polegające na sprawdzeniu umiejętności nadawania nazw poszczególnym przedmiotom poznawanym jedynie za pomocą dotyku, bez udziału wzroku;
 - badanie orientacji we własnym ciele, opierające się na umiejętności określania, np. położenia swojego ciała;
 - badanie orientacji przestrzennej, polegające na sprawdzeniu umiejętności rozpoznawania i umiejscawiania przedmiotów w przestrzeni;
 - badanie mowy chorego, określające ewentualne deficyty w różnych jej aspektach.
- **Etap 2.** – ukierunkowany jest na próbę sformułowania hipotez co do mechanizmów powstałych zaburzeń. Stanowi zatem próbę określenia tego, co powoduje dane trudności.
- **Etap 3.** – obejmuje zebranie, zestawianie i porównywanie ze sobą objawów występujących w różnych sferach zachowania się chorego, czyli korelacja objawów.
- **Etap 4.** – polega na różnicowaniu objawów, oddzieleniu tych, które są następstwem uszkodzenia mózgu, od tych, które mają charakter wtórny.

Przeprowadzając badanie pacjenta, nie można również zapominać o potrzebie oceny jego stanu emocjonalnego. Należy tego dokonać już na etapie przeprowadzania wywiadu, jak również podczas odrębnego badania. Dane te są bardzo istotne nie tylko ze względu na postawienie celnej diagnozy, lecz także dla ustalenia dalszego programu rehabilitacji. Diagnozujący powinien być zatem wyczulony na wszelkie reakcje emocjonalne pacjenta, a zwłaszcza labilność emocjonalną, stany

²⁰ Ibidem, s. 153.

²¹ M. MARUSZEWSKI: *Chory z afazją i jego usprawnianie*. Warszawa, Nasza Księgarnia 1974, s. 37–39.

depresyjne, lękowe, jak i na zaburzenia w zachowaniu, takie jak agresywność, płaczliwość, upór itp.²².

Opis przypadku

Nadrzędnym celem badań jest opis afatycznych zaburzeń mowy w korelacji z obrazem klinicznym pacjenta po przebytych udarze mózgu. Problem badawczy ujmuje się w kategoriach pragmatycznych, mających na celu stworzenie diagnozy ukierunkowanej na pacjenta i jego skuteczną rehabilitację.

Pacjentka – lat 70, wykształcenie zawodowe – została przyjęta do Pododdziału Udarowego Kliniki Neurologii Samodzielnego Publicznego Centralnego Szpitala Klinicznego im. prof. Kornela Gibińskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach z powodu nagłego wystąpienia zaburzeń mowy i osłabienia kończyn prawych. Po przeprowadzonych badaniach (TK głowy, USG naczyń i szyi) rozpoznano udar niedokrwienny w lewej okolicy czołowej.

Z przeprowadzonego z pacjentką wywiadu wynikało, że dotychczas chora leczyła się z powodu nadciśnienia tętniczego, zakrzepicy żył głębokich kończyn dolnych oraz cukrzycy. Chora mieszkała sama, była osobą samodzielną i w pełni sprawną. Bez problemów wywiązywała się z codziennych obowiązków, miała również szerokie zainteresowania oraz doskonale orientowała się we współczesnym świecie. Pacjentka świetnie radziła sobie z obsługą komputera.

Pacjentka pozostawała w logicznym kontakcie. Miała zachowaną zdolność zarówno auto-, jaki i allopsychiczna. Potrafiła podać swoje imię, nazwisko i adres zamieszkania. Bezbłędnie określiła bieżącą datę i porę roku. Wykazywała również znajomość sytuacji, w której się znajdowała. Pomimo że chora doskonale rozumiała zadawane pytania, miała wyraźny problem z formułowaniem własnych wypowiedzi. Na podstawie wstępnej obserwacji można było zauważyć niedowład prawej kończyny górnej i prawej kończyny dolnej, natomiast w trakcie poruszania się dostrzegalny był niepewny, chwiejny chód. Uwagę zwracał także stan emocjonalny pacjentki, która pomimo pełnej świadomości swojego aktualnego położenia i stanu zdrowia sprawiała wrażenie osoby wesołej i rozbawionej zaistniałą sytuacją.

W celu postawienia diagnozy logopedycznej poddano pacjentkę serii prób klinicznych oraz ćwiczeń, których podstawę stanowiły omówione tu wcześniej metody oparte na wybranych elementach diagnostyki psychologicznej i neuropsychologicznej.

Dokonano oceny funkcji nerwów czaszkowych odpowiedzialnych za kontrolowanie czynności narządów artykulacyjnych. Odnotowano odchylenia w zakresie

²² M. PĄCHAŁSKA: *Afazjologia...*, s. 131.

funkcjonowania nerwu VII, objawiające się widoczną asymetrią twarzy. Niewielkie dysfunkcje wystąpiły także ze strony funkcji nerwu IX, co skutkowało nieznacznym obniżeniem łuku podniebiennego oraz łagodną dysfagią. Nie stwierdzono natomiast nieprawidłowości w ocenie stanu nerwu X i XII.

Następnym etapem badania była ocena funkcji językowych. W tym celu sprawdzano następujące umiejętności: rozumienie, nazywanie, powtarzanie, mowę dialogową, mowę opowieściową, pisanie oraz czytanie.

W zakresie rozumienia badanie rozpoczyna się od prostych jednostopniowych poleceń, kończy zaś na zadaniach bardziej złożonych, wymagających wykonania dwóch czynności równocześnie. Pacjentka rozumiała zadawane pytania, wiedziała, co należy zrobić, jednakże potrzebowała czasu na zastanowienie. Stosunkowo najmniejsze trudności sprawiało chorej wskazywanie desygnatów podawanych nazw. Największe problemy odnotowano w zakresie prób związanych z propriocepcją.

Nazywanie oceniano, prosząc pacjentkę o podanie nazw przedstawianych jej przedmiotów. Prezentowane elementy były zróżnicowane pod względem kategorii czy częstości używania. Podawanie precyzyjnych nazw stanowiło dla chorej poważny problem. Znacznie częściej niż konkretna nazwa pojawiały się peryfrazy – widząc grzebień, pacjentka opisywała go, omawiała jego przeznaczenie. Od czasu do czasu podawała także neologizmy.

Umiejętność powtarzania rozpoznano, zwracając się do pacjentki z prośbą o powtarzanie podawanych głosek, wyrazów jedno- i wielosylabowych, związków wyrazowych oraz zdań. Tak jak w przypadku poprzednich prób rozpoczyna się od elementów łatwych, a kończy na bardziej skomplikowanych. Należy również pamiętać, by dobrać materiał tak, aby móc jak najdokładniej sprawdzić możliwości artykulacyjne pacjenta. W ćwiczeniach powinny się zatem znaleźć głoski zróżnicowane pod względem miejsca i sposobu artykulacji. Wynik badania był zadowalający – pacjentka poprawnie realizowała podawane głoski, wyrazy oraz zdania.

W celu sprawdzenia zachowania umiejętności rozumienia i prowadzenia dialogu obserwowano sposób, w jaki chora udzielała odpowiedzi na zadawane pytania. Pacjentka odpowiadała w sposób adekwatny do sytuacji, zgodnie z tematem. Najczęściej jednak były to odpowiedzi krótkie, zawierały się w zdaniach pojedynczych, nierozwiniętych.

Do badania dyskursu narracyjnego²³ wykorzystano metody opowiadania na podstawie rysunków sytuacyjnych i historyjek obrazkowych. Zadaniem chorej było opisanie postaci i wykonywanych przez nie czynności na podstawie zaprezentowanego rysunku. Opowieści brakowało zachowania płynności i następstwa czasu. Działania każdej z przedstawionych osób pacjentka prezentowała oddzielnie, niezależnie od pozostałych.

Poziom umiejętności pisania sprawdzano, uwzględniając zarówno pisanie własnego tekstu, pisanie pod dyktando, jak i kopiowanie podanego tekstu różniącego

²³ D. KĄDZIELAWA: *Afazja...*, s. 75.

się wielkością i krojem czcionki. Odwzorowywanie liter nie sprawiło pacjentce poważniejszych trudności, natomiast zapisane przez nią dłuższe wyrazy i zdania były niewyraźne i nie mieściły się w jednej linijce – tekst zdecydowanie zbaczał w dół kartki. Największy jednak problem sprawiało pacjentce pisanie pod dyktando – zapominała, jaki wyraz pisała, myliła i przestawiała litery.

Badając funkcję czytania dobierano – jak przy poprzednich zadaniach – materiał zróżnicowany pod względem trudności. Pacjentka rozpoczęła więc od pojedynczych sylab, wyrazów, a kończyła na pełnych zdaniach. Należy także zwrócić uwagę na poziom rozumienia czytanego tekstu. Zarówno w zakresie czytania, jak i rozumienia tekstu nie stwierdzono znaczących odchyień.

Sprawdzono ponadto mowę pacjentki w płaszczyźnie suprasegmentalnej. Po wykonanych próbach nie odnotowano nieprawidłowości. Zachowany został rytm i melodia zdań, jak również umiejętność odczytywania intencji i emocji z cudzej mowy.

Ważnym elementem ze względu na wiek pacjentki była ocena stopnia aktywności poznawczej. Celem wykluczenia zaburzeń czy też otępienia starczego przeprowadzono Test MMSE (*Mini-Mental State Examination*), w którym chora uzyskała prawidłowy wynik.

Przeprowadzone badania i obserwacje pozwoliły na zdiagnozowanie u chorej poudarowych zaburzeń językowych o cechach afazji ruchowej z elementami afazji czuciowej.

Omówienie

Zaburzenia mowy o charakterze afatycznym są charakterystycznym powikłaniem powstałym na skutek udaru mózgowego. Nawet krótkotrwałe zakłócenie procesu krążenia krwi w mózgu powoduje duże zmiany i uszkodzenia.

U diagnozowanej chorej poważnemu zaburzeniu uległy funkcje nazywania, mowy dialogowej, opowieściowej i umiejętność pisanie. Zachowana została funkcja rozumienia i czytania. Objawem współwystępującym był niedowład prawostronny.

Terapia skierowana została głównie na usprawnianie funkcji nazywania i mowy spontanicznej, gdyż ta sprawiała pacjentce najwięcej trudności. W tym celu opracowano zestaw różnorodnych ćwiczeń.

Postulaty odnoszące się do dalszej pracy logopedycznej z pacjentami po udarach mózgu zawierają się w przyjęciu takich zasad postępowania terapeutycznego, które będą gwarantowały pełną skuteczność. Wywodzą się one z przyjętej metodyki terapii pedagogicznej i psychologicznej. Obejmują następujące zasady (witryna internetowa: logopedia.net.pl):

- zasada wczesnego rozpoczynania terapii – opiera się na założeniu, że im wcześniej pacjent otrzyma wsparcie i pomoc, tym terapia będzie efektywniejsza;
- zasada indywidualizacji – zakłada, że plan terapii powinien być dobrany do indywidualnych potrzeb pacjenta; oznacza to potrzebę opracowania planu rehabilitacji pod kątem określonego problemu i rodzaju zaburzenia, z uwzględnieniem osobistych potrzeb chorego;
- zasada wykorzystania w terapii wszelkich możliwości pacjenta – oznacza, że należy wykorzystać wszystkie umiejętności i zachowane możliwości pacjenta;
- zasada kompleksowego oddziaływania – opiera się na łączeniu elementów terapii logopedycznej, psychologicznej, pedagogicznej, aby równocześnie usprawniać wszystkie zaburzone funkcje;
- zasada aktywnego i świadomego udziału – oznacza potrzebę wypracowania u pacjenta motywacji do terapii, dzięki czemu będzie on chętny do współpracy i udziału w prowadzonych zajęciach rehabilitacyjnych;
- zasada współpracy z najbliższym otoczeniem – zakłada udzielanie zarówno pacjentowi, jak i osobom mu najbliższym pełnego dostępu do informacji dotyczących zaburzenia oraz sposobu prowadzenia terapii i jej przewidywanych efektów;
- zasada systematyczności;
- zasada stopniowania trudności – wiąże się z koniecznością różnicowania stopnia trudności ćwiczeń; terapię rozpoczyna się od zadań najłatwiejszych, kończy zaś na bardziej złożonych i skomplikowanych.

Omawiając czynniki warunkujące powodzenie procesu rehabilitacji, należy pamiętać również o takich aspektach, jak etiologia zaburzenia, jego głębokość, czas trwania choroby, rodzaj afazji, stopień zaburzenia poszczególnych składników języka, ewolucja zespołów afatycznych, wiek, płeć i ręczność oraz miejsce i rozmiar uszkodzenia mózgu²⁴.

Zdolność porozumiewania się, czyli wymiany informacji między nadawcą i odbiorcą, stanowi podstawowy warunek funkcjonowania człowieka. Deintegracja tego procesu pociąga za sobą upośledzenie nie tylko funkcji poznawczych, ale także emocjonalnych i psychospołecznych, prowadząc do poczucia utraty własnej osobowości i tożsamości. Właściwe postawienie diagnozy oraz zaplanowanie terapii pozwala na stopniowe usprawnianie utraconych funkcji. W efekcie dąży się do przywrócenia chorego do samodzielnego i prawidłowego funkcjonowania.

²⁴ M. PAŁCHALSKA: *Afazjologia...*, s. 233.

Bibliografia

- Anatomia i fizjologia człowieka*. Red. W. SYLWANOWICZ. Warszawa, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich 1970.
- CHOJNACKA-SZAWŁOWSKA G.: *Neuropsychologia – zarys problematyki*. Gdańsk, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego 1993.
- Diagnoza i terapia zaburzeń mowy*. Red. T. GAŁKOWSKI, Z. TARKOWSKI, T. ZALESKI. Lublin, Wydawnictwo UMCS 1993.
- MARUSZEWSKI M.: *Afazja. Zagadnienia teorii i terapii*. Warszawa, PWN 1966.
- MARUSZEWSKI M.: *Chory z afazją i jego usprawnianie*. Warszawa, Nasza Księgarńia 1974.
- PĄCHALSKA M.: *Afazjologia*. Warszawa, PWN 1999.
- Podstawy neurologopedii*. Red. T. GAŁKOWSKI, E. SZELĄG, G. JASTRZĘBOWSKA. Opole, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego 2005.
- PRUSIŃSKI A.: *Podstawy neurologii klinicznej*. Warszawa, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich 1983.
- SZUMSKA J.: *Metody badania afazji*. Warszawa, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich 1980.
- Udar mózgu*. Red. A. PRUSIŃSKI. Warszawa, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich 1978.