

Postępowanie diagnostyczne w przypadku pacjenta z afazją. Studium przypadku

Magdalena Urbańska

Szpital Uniwersytecki im. K. Marcinkowskiego w Zielonej Górze

STRESZCZENIE

W niniejszym artykule dokonano szczegółowej analizy zaburzeń mowy pacjenta po udarze mózgu, w oparciu o standardy postępowania logopedycznego w przypadku afazji. Diagnozę logopedyczną przeprowadzono zgodnie z podejściem analitycznym. Dokonano opisu stanu kompetencji językowych i komunikacyjnych, zbadano możliwości realizacyjne tych kompetencji oraz sprawdzono, które sprawności zostały zachowane, a które zniesione. Celem było ukazanie specyfiki zaburzeń afatycznych oraz ustalenie defektu podstawowego mechanizmów programujących czynności mowy.

SŁOWA KLUCZOWE

afazja, diagnoza neurologopedyczna, kompetencje językowe i komunikacyjne, defekt podstawowy

SUMMARY

This paper presents a detailed analysis of a stroke patient based on current aphasia treatment protocols. Diagnosis was performed with an analytical approach and investigated language proficiency and language use with a functional examination of linguistic ability to determine which competencies were retained or lost. The aim was to highlight to specificity of aphasic disorders and determine the basic pathogenic mechanisms impairing speech production.

KEY WORDS

aphasia, neurolinguistic diagnosis, language and communication proficiency, primary defect.

CEL I METODA OPISU

Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie procedury diagnostycznej zaburzeń kompetencji językowych i komunikacyjnych u pacjenta po udarze mózgu. Na podstawie zebranych informacji – analizy badań medycznych, diagnozy lokalizacyjnej, danych z wywiadu, obserwacji oraz diagnozy logopedycznej – dokonano rozpoznania logopedycznego ze wskazaniem defektu podstawowego (Łuria, 1967). Analizę przypadku pacjenta, pana Eugeniusza, przeprowadzono w oparciu o *Standardy postępowania logopedycznego w afazji* stworzone przez dr hab. Jolantę Panasiuk. U chorego nastąpiła stabilizacja objawów klinicznych związanych z przebytych incydentem komunikacyjnym, dlatego też diagnozę logopedyczną przeprowadzono zgodnie z podejściem analitycznym. Dokonano opisu stanu kompetencji językowych i komunikacyjnych, zbadano możliwości realizacyjne tych kompetencji oraz sprawdzono, które sprawności zostały zachowane, a które zniesione (Panasiuk, 2015). Wykorzystany materiał językowy i obrazkowy był różnorodny i uwzględniał różne konteksty sytuacyjne. Poszczególne próby przeprowadzono wielokrotnie poprzez wykorzystanie serii przykładów.

CHARAKTERYSTYKA PRZYPADKU

Analiza wyników badań medycznych, diagnoza lokalizacyjna, dane z wywiadu i obserwacji

57-letni pacjent Eugeniusz M. został przyjęty do szpitala z powodu nagłego wystąpienia niedowładu kończyn prawych oraz znacznych zaburzeń mowy o typie afazji (cztery miesiące wcześniej). Tomografia komputerowa głowy wykazała zmiany niedokrwienne w strefie zaopatrzenia obwodowych gałęzi lewej tętnicy mózgu środkowej – obejmują one część płata czołowego oraz znaczną część wyspy i przedmurza lewej półkuli mózgu. Widoczne również ogniska niedokrwienne w lewym płacie ciemieniowym i skroniowym. USG naczyń szyi wykazało lewą tętnicę szyjną wewnętrzną niedrożną. W siódmej dobie hospitalizacji nastąpiło pogorszenie stanu neurologicznego w postaci nasilenia niedowładu prawostron-

nego oraz zaburzeń mowy. W kontrolnym badaniu TK głowy stwierdzono poszerzenie ogniska udarowego w płacie ciemieniowym. Choroby współwystępujące to nadciśnienie tętnicze i cukrzyca.

Pacjent obecnie przebywa w Pododdziale Rehabilitacji Neurologicznej w Zielonej Górze i podlega intensywnej rehabilitacji fizjoterapeutycznej oraz terapii neurologopedycznej. Pan Eugeniusz w ciągu dnia uczestniczy w zajęciach terapii zajęciowej oraz wraz z rodziną objęty jest nadzorem psychologicznym. Pacjent jest zżyty ze swoją rodziną – żoną, trojgiem dziećmi oraz z dwoma wnukami. Z zawodu był zawiadowcą na stacji kolejowej. Pacjent lubił swoją pracę i był jej oddany. Przed chorobą był czynny zawodowo i bardzo ubolewa nad niemożnością powrotu do niej. Hoduje gołębie, interesuje się wędkarstwem oraz przydomowymi pracami naprawczymi. Praworęczny, przed chorobą był w pełni sprawny komunikacyjnie i nie miał żadnych trudności z porozumiewaniem się oraz z nawiązywaniem kontaktów z ludźmi. Chodzi przy pomocy kija, utrzymuje się niedowład prawej kończyny górnej.

Pacjent jest dobrze zorientowany w przestrzeni, sprawnie porusza się po oddziale. Wie, że przebywa w szpitalu na oddziale rehabilitacji. Jest spokojny, nieco zdystansowany z powodu swoich trudności w porozumiewaniu się. Ma dużą motywację do ćwiczeń, ponieważ bardzo tęskni za domem i odlicza dni do powrotu. Nie unika kontaktów z pacjentami i personelem, ale też nie inicjuje rozmów. Emocje wyraża mimiką, gestami, onomatopejami oraz pojedynczymi słowami. Czasami wykorzystuje również technikę rysowania. Samodzielny w podstawowych czynnościach samoobsługowych wykonywanych w obrębie sali.

DIAGNOZA LOGOPEDYCZNA (WEDŁUG PODEJŚCIA ANALITYCZNEGO)

Pacjent poprawnie rozpoznaje wszystkie dźwięki otoczenia (tj. pukanie do drzwi, szum wody w kranie, klakson auta, szczekanie psa, odgłosy pociągu, klikanie zegara, bzyczenie muchy, szcęk kluczy, klaskanie, śpiew ptaków) oraz nadaje im znaczenia (np. podchodzi do drzwi, gdy słyszy pukanie, dokręca kurek w zlewie, gdy słyszy kapanie itd.).

Mimo niepełnego rozumienia treści kierowanych do pacjenta, chory rozpoznaje przebiegi intonacyjne w zdaniach: oznajmujących, rozkazujących i pytających. Zbadano to wielokrotnie podczas rozmów z pacjentem oraz obserwacji jego życia na oddziale. Pacjent poprawnie reaguje na „rozkazy” kolegów z sali szpitalnej (np. „Otwórz okno”, „Podaj ręcznik”, „Włącz telewizor”, „Idź po gazetę” itd.) oraz na pytania kucharek (np. „Co będzie pan jadł?”), pielęgniarek (np. „Gdzie

pana tabletki?") i żony („Jak było na ćwiczeniach?“, „Czy chcesz coś pić?“, „Dokąd idziemy?“ itd.). Zdaniom oznajmującym pacjent przysłuchuje się, czasem mimiką i mową ciała okazuje, gdy coś go zaskoczy, np. po usłyszeniu zdania „Dzisiaj pada od rana” podszedł do okna i złapał się za głowę.

Podopieczny dobrze rozumie proste, krótkie dialogi związane z kontekstem sytuacyjnym oraz związane z czynnościami życia codziennego. Przykłady: rozmowa pielęgniarki z żoną – pacjent odszukał w szufladzie dokumenty, o które pielęgniarka pytała żonę; współlokator z sali skarżył się, że jest mu zimno – pacjent wyciągnął z szafy ciepły sweter i pożyczył mu; rehabilitant umawiał się z podopiecznym na poobiednie ćwiczenia na dworze – pacjent wiedział, że musi przygotować kurtkę. Chory rozumie proste, krótkie dialogi poza kontekstem sytuacyjnym, zwłaszcza te, które są nacechowane emocjonalnie – związane z jego rodziną, pobytem w szpitalu itd. Trudności z rozumieniem pojawiają się na etapie dłuższych wypowiedzi dialogowych na tematy odległe lub/i obce pacjentowi. Pacjent rozumie proste wypowiedzi jednoosobowe osadzone w kontekście sytuacyjnym, np. rozumie, co mówi fizjoterapeuta podczas ćwiczeń rehabilitacyjnych. Chory wysłuchał również wypowiedzi jednoosobowej poza kontekstem (dotyczącej powrotu mężczyzny z pracy do domu), po czym odpowiadał na pytania związane z wypowiedzią. Na cztery spośród pięciu odpowiedział poprawnie. Pan Eugeniusz odpowiadał na pytania dotyczące znanych mu przysłów. Rozumie ogólny sens przysłów użyty w danym kontekście (np. jeden z pacjentów przebywających na sali, mimo zakazu, samodzielnie w nocy wstał z łóżka i poobijał się. W chwili gdy pielęgniarka powiedziała *Gdyby kózka nie skakała, to by nóżki nie złamała*, pan Eugeniusz zaśmiał się głośno, pokazując na owego pacjenta i zaczął kiwać głową, tak, tak. Badany nie rozumie przysłów poza kontekstem. Na przykład do przysłowia *Gdzie kucharek sześć, tam nie ma co jeść* choremu zadano pytanie – „Czy prawdą jest, że im więcej w kuchni kucharek, tym więcej przygotowują jedzenia?”. Na żadne z pięciu pytań dotyczących różnych znanych przysłów nie podał prawidłowej odpowiedzi. Ze względu na zaburzenia motoryczne oraz zaburzenia czytania i pisanania nie można było przeprowadzić tej próby w inny sposób.

Pacjent nie jest w stanie przeczytać samodzielnie tekstów pisanych. Ponadto nie rozumie strony biernej w tekstach, wyrażen porównawczych, związków rządu oraz wyrażen przyimkowych. Długo analizuje tekst przy zamianie szyku w zdaniu, ale zachowuje globalne rozumienie. W tekstach mówionych i pisanych chory rozumie nazwy czynności fizycznych i umysłowych. W 90% wykazał się rozumieniem nazw rzeczy i zjawisk konkretnych (teksty mówione). W obu formach wypowiedzi zaburzone jest rozumienie rzeczy i zjawisk abstrakcyjnych oraz cech czynności, rzeczy i zjawisk zmysłowych i umysłowych.

Pan Eugeniusz nie różnicuje znaczenia synonimów, paronimów i antonimów. W 60% różnicuje brzmienie sylab opozycyjnych pod względem dźwięczności, miejsca artykulacji, zbliżenia narządów mowy oraz samogłoskowych. Pacjent poprawnie powtarza wszystkie głoski i sylaby. Zaburzenia (50% błędnie powtórzonych) występują przy powtarzaniu opozycji dźwięcznych i bezdźwięcznych (*ba-pa, za-sa, żu-śu, że-sze, go-ko, vi-fi*). Pozostałe opozycje badany powtarza poprawnie. Prawidłowo powtarza również krótkie i długie słowa, krótkie neologizmy. Przy odtwarzaniu ciągu nazw (dwóch) pacjent najczęściej powtarza tylko nazwę usłyszaną jako drugą. Pan Eugeniusz nie powtórzy długich neologizmów, prostych ani złożonych zdań.

Pacjent nie liczy samodzielnie do 10. Nawet przy wzorcach wzrokowo-słuchowych (ruchy warg, wypowiedanie początkowych głosek) pacjent nie dopowiada poprawnie nazw, w mowie liczne perseweracje, przedłużane trwania dźwięku. Podopieczny ma problem z rozpoczęciem, powtarza po śladzie (symultanicznie z logopedą) słowo poniedziałek i kolejno wypowiada *wtorek świdoga świe-do środa sss no no no k...mać sss* (po usłyszeniu początkowej sylaby) dopowiada *czwartek piątek piątek*. Opierając się na wzorcach słuchowo-kinestetycznych (podpowiadaniu pierwszych dźwięków, obserwacji ruchów warg), chory wypowiada nazwy dni tygodnia. Nie wymienia samodzielnie nazw miesięcy. Przy podpowiedzi słuchowej-wzrokowej dopowiada nazwy, ale w mowie występują liczne parafazje (*staczeń, rudy, baj, kczerwień, lipec, sierpieć, liskopat*). Pan Eugeniusz samodzielnie nie recytuje ani nie śpiewa. Ma zaburzone poczucie rytmu i melodii. Symultanicznie z logopedą próbuje powtarzać krótkie wierszyki (np. *Ślimak, ślimak...*) oraz śpiewać piosenki (*Hej, sokoły...*), ale sprawia mu to dużą trudność (słowa znacznie zniekształcone). Potrzebuje ciągłej stymulacji wzrokowej (ruchy warg), słuchowej oraz czuciowej (wystukiwanie na kolanie rytmu).

Pacjent samodzielnie nie inicjuje aktywności słownej. Sporadycznie, gdy o coś pyta albo chce zabrać głos, rozpoczyna wypowiedź, denerwuje się i irytuje (czasami smuci) niemożnością wysłowienia i milknie. Często w takich momentach pojawia się embol w postaci przekleństwa. Pacjent próbuje zakomunikować swoje potrzeby albo wyrazić myśli i uczucia mową ciała.

Pacjent nie podpisze się, nie wypowie pisemnie na żaden temat oraz nie zapisze żadnych dźwięków pod dyktando (pacjent zapisuje przypadkowe litery, ponadto pisze więcej dźwięków, niż słyszy, np. przy prośbie zapisu słowa kot, pacjent napisał *tomsk*). Przepisuje poprawnie litery, sylaby, krótkie słowa, liczby (wielokrotnie zapisuje, poprawia, przekreśla, aż uda mu się dobrze skopiować, ma trudności z literami *k, s*). Przy próbie przepisania dłuższych wyrazów bądź zdań kształt liter jest nieczytelny (poniekąd jest to związane z męczliwością chorej prawej ręki). Pacjent 4 spośród 10 etykiet poprawnie przypasował do desygnatu.

W badaniu nazywania wykorzystano 10 ilustracji przedstawiających czynności fizyczne (tj. *siedzieć, jechać na rowerze, stać, biegać, gotować, kroić, pić, spać, zamiatać, grać*). Żadnej z czynności pacjent nie nazwał samodzielnie mimo pomocy w postaci zadawanego pytania – „Co robi osoba na obrazku?” (problem na poziomie artykulacji). Podczas drugiej próby – przy pomocy stymulacji wzrokowej (obserwacja ruchów warg) oraz słuchowej (wypowiedzenie pierwszej głoski/sylaby słowa) – pacjent nazwał poprawnie wszystkie czynności. U chorego występuje problem z inicjacją czynności artykulacyjnej. Zbadano również nazywanie czynności umysłowych (*planować, podejrzewać, rezygnować, kochać, żałować, współczuć, lekceważyć, modlić się, lamentować, wątpić*). Trudno w sposób jednoznaczny zilustrować czynności umysłowe. Pacjent miał problem nie tyle z samą artykulacją, co z wybraniem z umysłowego słownika trafnego słowa. Poprawnie nazwał 6/10 czynności po usłyszeniu kilku początkowych głosek. Z 10 przykładów obrazujących rzeczy i zjawiska (tj. *tęcza, burza, but, igła, lis, truskawki, lustro, ser, cytryna, autobus*) pacjent żadnego nie nazwał samodzielnie. Poprawnie wyartykułował wszystkie nazwy przy stymulacji wzrokowo-słuchowej. Spośród 10 ilustracji przeciwieństw przymiotnikowych (*biedny/bogaty, czysta/brudna, niska/wysoka, godny/najedzony, chuda/gruba, mądry/głupi, otwarta/zamknięta, lekka/ciężka, tania/droga, suchy/mokry*) pacjent żadnej cechy nie nazwał samodzielnie. Dopiero po słownym naprowadzeniu („Ten ręcznik jest suchy, a ten jest...”) oraz wypowiedzeniu pierwszej głoski słowa – pacjent dopowiadał nazwę. Podobnie przebiegła próba nazywania cech czynności.

Spośród cyfr i liczb od 1–20 pacjent samodzielnie nie nazwał żadnej z nich. Dopiero przy stymulacji wzrokowo-słuchowej (jak wyżej) chory dopowiedział nazwę.

Pacjent słuchał kolejno po 10 zdań, poprawnych i niepoprawnych pod względem:

- a) formalno-językowym, np. „Książkami leżą na stoły”, „Pies i kot to zwierzęta”,
 - b) semantycznym, np. „Grzebień służy do picia”, „Doba ma 24 h”,
 - c) pragmatycznym, np. „Muszę urwać się z zajęć dzisiaj” (mówi uczeń do profesora), „Skocz po tabletkę!” (rozkazuje pacjent lekarzowi)
- i poprawnie dokonał oceny sądów.

Pacjent nie rozpoznaje błędów fonetycznych w zapisanych wyrazach (analiza wzrokowo-literowa) ani w słyszanych słowach (analiza słuchowo-głoskowa). Poprawnie interpretuje treści realistycznych, schematycznych rysunków, prostych i popularnych symboli graficznych. Globalnie odczytuje absurdy (uśmiecha się i klepie w głowę, wskazując niedorzeczności) oraz humory rysunkowe (bawią go i cieszą, śmieje się, gdy je ogląda). Nie rozpoznaje treści kategorii semantycznych.

Chory ma zachowany schemat ciała. Poprawnie wskazuje części i strony ciała. Na mapie Polski prawidłowo rozmieścił kilka podstawowych miast (*Warszawa, Kraków, Poznań, Szczecin, Gdańsk, Zamość*). Nie rozpoznał rzeki Wisły (nazwał ją Odrą – rzeką, nad którą pacjent mieszka). Pod względem topograficznym błędnie rozmieścił państwa sąsiadujące z Polską (np. od wschodu oznaczył Rosję). Pacjent nie potrafi rozlokować godzin na tarczy zegara, umieścić wskazówki na konkretnej godzinie ani odczytać wskazanej godziny. Podopieczny nie potrafi słownie podać obecnej daty, ale w kalendarzu poprawnie odszuka miesiąc i dzień. Na osi czasu odpowiednio określa przedziały czasowe (np. narodziny dzieci, ukończenie swojej szkoły, przejście na emeryturę itd.).

Podopieczny bez problemu rysuje według wzorca (zachowując proporcje) proste i złożone rysunki. Z pamięci odtwarza (pojedyncze i dwuelementowe) figury geometryczne oraz symboliczne obrazy, np. słońce, dom, drzewo itd. Nie potrafi narysować z pamięci złożonych (powyżej dwóch elementów) rysunków. Pacjent nie rozwiązuje równań w żadnym zakresie (dodawanie, odejmowanie, mnożenie, dzielenie), błędnie uzupełnia znaki matematyczne w równaniach oraz nie potrafi rozwiązać zadań tekstowych.

U pacjenta występuje dyspraksja oralna (nieprawidłowa praca narządów artykulacyjnych).

Zaburzona prakcja dynamiczna – brak ruchów naprzemiennych, pacjent nie wykona jednocześnie osobnych ruchów dłoni (np. nie zaciśnie i nie otworzy dłoni, wykonując w tym samym czasie drugą dłonią ruch po okręgu). Prakcja konstrukcyjna zachowana – zapina guziki, wiąże buty, goli się itd.

Pewna trudność w zakresie pamięci – Pan Eugeniusz nie potrafi wypowiedzieć danych personalnych.

Z dziesięcioelementowej rozsypanki obrazkowej pacjent zapamiętywał wzrokowo wskazane przez logopedę obiekty. Po chwili z nowej grupy obrazków miał odszukać poprzednio wskazane. Pacjent zapamiętuje maksymalnie trzy informacje. Powyżej tej liczby gubi się, pamięta tylko połowę z nich.

Na polecenie słowne pacjent bez problemu wskazuje części ciała. Poproszony o wskazania kolejno po sobie dwóch części, nie wykonuje poprawnie zadania. Pacjent powtarza usłyszane słowa, ale wskazuje tylko jedną część, najczęściej usłyszaną jako drugą.

ROZPOZNANIE LOGOPEDYCZNE

Analiza danych medycznych wskazuje na organiczne uszkodzenie mózgu w obrębie „obszaru mowy”, któremu towarzyszą zaburzenia czynności planowania w nadawaniu i odbiorze wypowiedzi słownych (Łuria, 1967). Główną funk-

cją płatów czołowych jest kontrola ruchów wolicjonalnych. Obszar przedruchowy wiąże się z regulacją płynności ruchów. Uszkodzenia tego obszaru objawiają się w postaci dezautomatyzacji wzorców ruchowych (klasyczna afazja Brocka). Obszar ruchowy, z którego wychodzą impulsy do poszczególnych mięśni, znajduje się przed bruzdą środkową. Zaburzenia słuchowe (w tym zdolność rozróżniania cech diakrytycznych) związane są z płatem skroniowym. Uszkodzenia tej części mózgu mają istotny wpływ na zakres rozumienia wypowiedzi słownych. Płaty ciemieniowe związane są z doznaniem somestetycznymi (świadomość i czucie ciała, schemat ciała, umiejscowienie w przestrzeni). Zaburzenia tego obszaru powodują m.in. trudności z rozumieniem stwierdzeń wyrażających stosunki przestrzenne (M. Pąchalska, 1999).

Konsekwencje uszkodzeń płatów mózgu człowieka mają swoje odzwierciedlenie w zaburzeniach mowy i języka. Teoria układów funkcjonalnych A. Łurii (1967) stanowi teoretyczną podstawę do analizy zebranych danych językowych i rozpoznania logopedycznego. W obrębie dynamicznego łańcucha funkcjonalnego, odpowiedzialnego za przebieg zachowań językowych człowieka, Łuria wyodrębnił:

1. Gnoźję somestetyczną – czucie ułożenia narządów artykulacyjnych; płat ciemieniowy,
2. syntezę sekwencyjną – organizacja w czasie ruchów aparatu artykulacyjnego; styk skroniowo-czołowy lewej półkuli,
3. mowę wewnętrzną,
4. słuch fonematyczny – zdolność różnicowania cech diakrytycznych mowy, okolica Wernickego w płacie skroniowym,
5. słuchową pamięć słowną – zdolność zapamiętywania słów, a nawet całych zdań niezbędna do rozumienia mowy; środkowo-tylna część lewego płata skroniowego,
6. syntezę symultatywną – utrata jednoczesnej percepcji mowy, styk ciemieniowo-potyliczny lewej półkuli.

Defektem podstawowym u badanego pacjenta są zaburzenia motoryczne – patomechanizm afazji kinestetycznej dośrodkowej. W znacznym stopniu zaburzeniu uległa **gnoźja somestetyczna**. Chory poszukuje odpowiedniego ułożenia narządów przy wypowiadaniu dźwięków i ma problem z inicjacją ruchów artykulacyjnych. Wtórnie upośledzone jest też nazywanie. Czynność ta wymaga precyzyjnego ułożenia aparatu mowy właściwego żądanej sekwencji głosek. Dlatego też podpowiedź w postaci pierwszej sylaby często pomaga w wydobyciu określonego słowa (L.S. Cwetkova, 1985). Zaburzona jest kinestezja mowy i współwystępuje z apraxją oralną. W mowie pojawiają się zniekształcenia wypowiadanych głosek i słów oraz parafazje. Pacjent ma również trudności w pisaniu – myli poszczególne litery, gubi je bądź nie potrafi ich zapisać. Czynność czytania (zwłaszcza głośnego) jest dla pacjenta niedostępna. Z powodu zaburzeń motorycznych dezintegracji uległa mowa spontaniczna, dialogowa, monologowa, automatyczna, czytanie i pisanie.

PROGRAM TERAPII

Zaburzenia mowy i języka w znacznym stopniu ograniczają możliwości komunikacyjne pacjenta. Zaleca się intensywną i regularną terapię logopedyczną oraz opiekę psychologiczną, aby przeciwdziałać wycofywaniu się chorego z afazją z kontaktów społecznych.

Postępowanie terapeutyczne, mające na celu reorganizację zaburzonych czynności językowych poprzez przełamanie defektu podstawowego, powinno uwzględniać procedury służące do odbudowy sprawności językowych z pominięciem uszkodzonego ogniwa układu funkcjonalnego mowy (Panasiuk, 2015). Program terapii logopedycznej zaburzeń mowy w afazji motorycznej kinestetycznej przebiega etapowo i obejmuje (Panasiuk, 2015, s. 910):

1. „Ćwiczenia słuchu fonematycznego”, czyli różnicowanie dźwięków mowy;
2. „Ćwiczenia słownika biernego na materiale konkretnym”. Możemy np. posłużyć się owocami, które oddziałują na różne zmysły – chory patrzy, dotyka, wącha, może również posmakować. Opowiadamy o konkretnym owocu, wymieniamy jego cechy prymarne, funkcjonalne, zmysłowe, metaforyczne;
3. „Ćwiczenia słownika czynnego na materiale obrazkowym i wyrazowym”. Na tym etapie wykorzystujemy materiał opracowywany w słowniku biernym poprzez np. łączenie obrazu z podpisem (etykietowanie), dokańczanie i budowanie zdań ze wskazanym wyrazem, samodzielne zapisywanie wyrazów, czytanie;
4. „Ćwiczenia analizy i syntezy sylabowej” – np. wyklaskiwanie sylab ze słów, wyrazów, zdań z tekstu – z wierszy, piosenek. Uzupełnienie brakujących sylab w wyrazach, rozsypanki sylabowe, rebusy logopedyczne;
5. „Ćwiczenia analizy i syntezy głoskowej oraz literowej” – wyodrębnianie głosek w słowach i liter w wyrazach. Zabawy logopedyczne polegające na analizie głosek/liter rozpoczynających lub/i kończących słowo/wyraz; liczenie głosek/liter w słowach/wyrazach;
6. „Rekonstrukcja wzorców artykulacyjnych w oparciu o analizator wzrokowy i słuchowy” z wykorzystaniem ruchów ręki. Ruch „pociąga” za sobą mowę. Pacjentom łatwiej jest i płynniej artykułować, kiedy równocześnie z wypowiedzaniem słów wykonują ruchy, np. ruchy okrężne po blacie stołu, kreślenie ósemek w powietrzu itp. Ćwiczenia obejmują również głoski opozycyjne typu: *p-b*, *k-g*;
7. „Ćwiczenia artykulacyjne w wyrazach paronimicznych i sylabach opozycyjnych”. Uczymy pacjenta autokontroli. Pacjent wysłuchuje własne nagranie i dostrzega błędy, wyszukuje ich również w tekście pisanim;
8. „Usprawnianie autokontroli wypowiedzi przy udziale analizatora słuchowego i wzrokowego”. Logopeda celowo wypowiada (nagrywa na dyktafon) zdeformowane słowa, a zadaniem pacjenta jest powtórzyć je prawidłowo;

9. „Ćwiczenia prozodyczne” obejmują m.in. trening akcentów wyrazowych/zdaniowych oraz intonacji;

10. „Ćwiczenia prakcji oralnej” polegają na ćwiczeniu narządów artykulacyjnych. Pacjent naśladuje ruchy demonstrowane przez terapeutę, a w późniejszym czasie tylko na polecenie logopedy. Ćwiczy tylko elementy prakcji, które są zaburzone, m.in. cmokanie, kląskanie, wodzenie językiem po jamie ustnej, kierowanie języka na górną i dolną wargę.

W prowadzonej terapii wykorzystano umiejętność badanego w powtarzaniu wyrazów z podpowiedzią pierwszej sylaby. Materiał, na którym chory pracował, początkowo obejmował słownictwo związane z przedmiotami codziennego użytku oraz takimi kategoriami, jak: jedzenie, owoce, warzywa, majsterkowanie, wędkarstwo, hodowla gołębi. Leksyka wiązała się również z pracą na kolei, ponieważ pan Eugeniusz bardzo lubił swoją profesję – zawiadowcy kolejowego. Ćwiczenia w aktualizacji słownictwa często wspomagane były aferentacją wzrokową z wykorzystaniem zapisu.

Stymulacja językowa odbywała się również poprzez prowadzenie sterowanych i spontanicznych dialogów z chorym, dotyczących jego życia na oddziale, odwiedzin rodziny, współżycia z personelem i innymi pacjentami oraz odczuwanych przeżyć i emocji. Pan Eugeniusz raz w tygodniu uczestniczy w zajęciach grupowych prowadzonych przez logopedę na oddziale – muzykoterapii z elementami relaksacji, co sprzyja usprawnianiu jego deficytów w zakresie poczucia rytmu i melodii. Do procesu rehabilitacyjnego włączono również członków rodziny poprzez udzielnie wskazówek do ćwiczeń podczas odwiedzin (godziny popołudniowe, weekendy).

Na podstawie intensywnie prowadzonej terapii oraz dzięki neuroplastyczności mózgu (Łuria 1976) można mówić o widocznych postępach komunikacyjnych. Pacjent częściej inicjuje rozmowę w celu zrealizowania swoich potrzeb. Nie zraża się niepowodzeniami, jest bardziej cierpliwy, wyrozumiały w stosunku do siebie. Chory zaczął wypowiadać spontanicznie słowa, co w początkowym okresie było zupełnie niemożliwe. Należy kontynuować terapię logopedyczną, by sukcesywnie dążyć do odzyskania utraconych sprawności językowo-komunikacyjnych.

BIBLIOGRAFIA

- Cwietkowa L.S., 1985, *Nejropsichologičeskaja rehabilitacija bolnych*, Moskwa.
- Łuria A. R., 1976, *Problemy neuropsychologii i neurolingwistyki*, Warszawa.
- Łuria A.R., 1967, *Zaburzenia wyższych czynności korowych wskutek ogniskowych uszkodzeń mózgu*, Warszawa.
- Panasiuk J., 2013, *Afazja a interakcja. Tekst – metatekst – kontekst*, Lublin.
- Panasiuk J., 2015, *Postępowanie logopedyczne w przypadkach afazji*, [w]: *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego*, red. S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak, s. 860–919.
- Pąchalska M., 2011, *Afazjologia*, Warszawa.