

# Afazja a pragnozja – diagnoza różnicowa

---

Ewa Domarecka

Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin  
Studentka na kierunku: logopedia z audiologią  
Szpital Mazowiecki w Garwolinie

## STRESZCZENIE

Jednym z etapów diagnozowania logopedycznego jest „diagnoza różnicowa”, czyli odgraniczenie zaburzeń podobnych w swych objawach. Etap ten wymaga od terapeuty ogromnej wiedzy, jak i doświadczenia, gdyż zaburzenia mowy, wyodrębnione jako osobne jednostki nozologiczne, często współwystępują. Celem poniższego artykułu jest omówienie procesu diagnozy różnicowej afazji i pragnozji (określanej również jako „nieafatyczne zaburzenia mowy”, dyspagmatyzm).

## SŁOWA KLUCZOWE

Afazja, pragnozja, nieafatyczne zaburzenia mowy, diagnoza różnicowa

## SUMMARY

Currently, 1/5 population suffer from speech disorders. The purpose of the differential diagnosis is to delimit the disorders similar in their symptoms, which requires the therapist to have tremendous knowledge and experience, because the speech disorder, isolated, as separate nozologiczne units often co-exist. The aim of the article is to discuss the process of differentia diagnosis of aphasia and pragnosia (also referred to as „non-aphasic” speech disorders, dyspragmatism).

## KEY WORDS

Aphasia, pragnosia, „non-aphasic” speech disorders, differentia diagnosis

## WPROWADZENIE

Osoby z zaburzeniami mowy stanowią około 20% populacji. Jest to najliczniejsza grupa wśród jednostek z różnymi dysfunkcjami (Tarkowski, Góral-Półroła, 2017, s. 11). Uzasadnienie podjęcia tematu stanowi porównywalna częstość występowania pragnozji w stosunku do afazji, jak również fakt, że „po urazie lub udarze prawej półkuli (choć nie tylko) występują trudne do uchwycenia zaburzenia w komunikacji werbalnej pomimo braku widocznych objawów afazji, [...] przy jednoczesnych narzekaniach rodziny pacjentów jak i samych zainteresowanych na trudności w codziennym porozumiewaniu się, na tle których często dochodzi do konfliktów.” (Pąchalska, MacQueen, 2008, s. 195). Wskazuje to zatem na konieczność objęcia opieką logopedyczną pacjentów z uszkodzeniami „niejęzykowej” półkuli mózgu.

Jak podkreśla M. Pąchalska (2007, s. 117): „objawy, nazywane dyspragmatyką mogą współistnieć z innymi zaburzeniami komunikacji werbalnej, ale w wielu przypadkach błędy pragmatyczne stają się widoczne dopiero wtedy, gdy ustępują takie drastyczne zaburzenia, jak afazja, dysartia czy apraksja mowy”. Dodatkowo „utrwała się tendencja odchodzenia od wyraźnych podziałów afazji, a wraz z nią teza, że uszkodzenia ośrodków lewej półkuli prowadzą do rozpadu kompetencji językowej, a uszkodzenia ośrodków prawej półkuli do rozpadu kompetencji komunikacyjnej” (Grabias, 2014, s. 56–57).

Dawniej sądzono, że występuje dychotomiczny podział funkcji na werbalne, które były związane z lewą półkulą mózgu, jak i niewerbalne – związane z prawą półkulą. Zmiana poglądów dotycząca związków prawej półkuli mózgu z czynnościami mowy nastąpiła w latach 60. XX wieku, dzięki rozwojowi technik neuroobrazowania, jak i badaniom pacjentów po przecięciu spoidła wielkiego (komisurotomii) czy usunięciu półkuli mózgowej (hemisferektomii) (Osiejuk, 1994, s. 59). Obecnie podkreśla się istotną rolę prawej półkuli w organizowaniu danych werbalnych i niewerbalnych. „Zdolność do przetwarzania informacji fonologicznych, prozodycznych, leksykalno-semantycznych oraz pragmatycznych jest wynikiem współpracy obydwu półkul mózgowych. Ponadto w generowaniu wypowiedzi słownej, czyli kształtowaniu jej pod względem treści i formy, uczestniczą również inne części mózgu, położone poniżej struktur korowych. Stąd w związku z uszkodzeniami ośrodków mózgowych zlokalizowanych poza tradycyjnie wyodrębnianym «obszarem mowy» mogą wystąpić zaburzenia zachowań językowych, mające charakter nieafatyczny” (Panasiuk, 2015, s. 920). Zatem istnienie funkcjonalnej i neuroanatomicznej asymetrii półkul mózgowych można uznać za aksjomat, trudności natomiast dotyczą wskazania, na czym ta asymetria polega. Dawniej uważano, że modelem asymetrii funkcjonalnej półkul mózgowych jest ręczność, w związku z czym prawą półkulą nazywano niedominującą (Pąchal-

ska, MacQueen, 2008, s. 209). Jak podkreślił Benton (1965), uznanie tego modelu wiąże się z pewnymi trudnościami, gdyż część osób leworęcznych posługuje się prawą ręką, bo jest ona sprawniejsza, a część osób jest oburęczna (za: Walsh, 1998, s. 357). Jednak badania neurofizjologiczne wskazują, że u ponad 96% osób praworęcznych nadrzędną kontrolę nad czynnościami mowy sprawuje lewa półkula mózgu. (Panasiuk, 2015, s. 923). Potwierdzają to również badania osób praworęcznych z afazją, u których w większości uszkodzenie dotyczyło lewej półkuli mózgu (Walsh, 2001). Dodatkowo O.L. Zangwill (za: Maruszewski, 1970) doszedł do wniosku, że uszkodzenie lewej półkuli u osób praworęcznych wywołuje afazję u około 60% pacjentów, a uszkodzenie prawej półkuli tylko w 1,5% wypadków. U osób leworęcznych, w wyniku uszkodzenia lewej półkuli, afazja występuje w około 54% przypadkach, uszkodzenie zaś lewej prawej półkuli w około 20% wypadkach. Natomiast dane dotyczące lokalizacji funkcji językowych u osób leworęcznych nie są jednoznaczne (Panasiuk, 2015). Jednak afazja bywa mniej głęboka i trwała u osób leworęcznych. Znaczący wpływ na specjalizację półkulową mają czynniki społeczne (płeć, bilingwizm); funkcjonalne (przeznaczona lateralizacja) oraz biologiczne. Jak wskazuje B. Daniluk (2008), u osób po wczesnych uszkodzeniach lewej półkuli prawa półkula staje się dominująca.

Należałoby zatem wskazać podobieństwa i różnice pomiędzy zaburzeniami mowy w przypadku uszkodzeń dominującej i podległej półkuli mózgu. Jak wskazuje J. Panasiuk (2015), w diagnozie różnicowej afazji i pragnozji należy uwzględnić lateralizację, lokalizację uszkodzenia mózgu oraz spektrum objawów zaburzeń sprawności językowych i komunikacyjnych.

## UJĘCIE DEFINICYJNE

Na potrzeby poniższej publikacji przyjęto definicję afazji zaproponowaną przez J. Panasiuk (2014), według której termin „afazja” służy określeniu zaburzeń mowy, które są konsekwencją ogniskowych uszkodzeń mózgu zlokalizowanych w tzw. obszarze mowy w półkuli dominującej. Natomiast pragnozja to zaburzenia mowy nabyte na skutek ogniskowego uszkodzenia podległej (zwykle prawej) półkuli mózgu zaburzenia zachowań językowych i komunikacyjnych (Panasiuk, 2008). Jak podkreśla J. Panasiuk (2015, s. 921), znaczenie prawej półkuli w organizacji zachowań językowych wzrasta u osób z niepełną lateralizacją czynności mowy. Obie przytoczone definicje wskazują patomechanizm uszkodzenia, jego lokalizację, zaburzone funkcje oraz różnicują afazję i pragnozję na tle zaburzeń z okresu pre- i perinatalnego.

Zarówno afazja, jak i pragnozja mogą być wynikiem schorzenia naczyniowego, urazu czaszkowo-mózgowego, zmian nowotworowych, choroby degene-

racyjnej, zatrucia toksynami czy infekcji bakteryjnej, wirusowej bądź grzybiczej. „Każda z tym przyczyn ma swoją specyfikę pod względem prognozy, profilu demograficznego pacjentów, swoistego spektrum objawów współtowarzyszących oraz charakterystycznych, werbalnych zachowań pacjenta [...]. Charakter patomechanizmu ma wpływ nie tylko na wybór metod diagnostycznych i terapeutycznych, lecz także na prognozę dynamiki objawów u pacjenta” (Pąchalska, 2008, s. 160). Zaburzeniom mowy w wyniku uszkodzenia mózgu mogą towarzyszyć zaburzenia procesów myślowych, zaburzenia ruchowe, zaburzenia w analizie bodźców zewnętrznych, zaburzenia czucia, orientacji w schemacie ciała i przestrzeni czy zaburzenia czytania i pisanania (Styczek, 1980).

## OBJAWY PRAGNOZJI

W latach 70–80. XX wieku zaczęto konstruować specjalne procedury do badania roli prawej półkuli w regulacji systemu językowego (Herzyk, 2005, s. 221). U pacjentów z pragnozją zaburzenia kompetencji językowej mogą ujawniać się na każdym poziomie systemu języka. Szczegółowy opis zaburzeń w zakresie realizacji jednostek języka omówiony został przez E. Osiejuk (1994), A. Herzyk (2005), J. Panasiuk (2008, 2015) oraz M. Pąchalską (2015).

W zakresie systemu fonetycznego lewa półkula dominuje nad prawą. Jednak ze względu na uwarunkowania genetyczne (leworęczność w rodzinie) i środowiskowe (niski poziom wykształcenia) czy przebyte choroby lateralizacja funkcji językowych może być mniejsza u niektórych osób praworęcznych (Osiejuk, 1994, s. 65). Badania Joannettego 42 pacjentów z uszkodzeniem prawej półkuli ujawniły u 33 z nich błędy fonetyczne, podobne do tych, jakie występują u pacjentów z zaburzeniami afatycznymi (za: Osiejuk, 1994, s. 65). Jednak względna przewaga takich błędów jak ominięcia, reduplikacja czy przestawienia może być wynikiem zaburzeń funkcji wzrokowo-przestrzennych, które są charakterystyczne dla uszkodzenia prawej półkuli, stąd należy interpretację tych nieprawidłowości w realizacji wypowiedzi skorelować z wynikami badań neuropsychologicznych.

Zaburzenia w organizacji systemu syntaktycznego w literaturze przedmiotu opisane są wyłącznie w odniesieniu do pacjentów z zaburzeniami afatycznymi nabytymi wskutek uszkodzenia lewej półkuli mózgu. Większość danych wskazuje, że zaburzenia tego typu raczej nie występują u pacjentów z uszkodzeniami półkuli podległej. Jednak w badaniach Hier i Caplan (1980) w grupie 34 pacjentów z pragnozją 20 z nich miało trudności z oceną zdań w stronie biernej. Obserwowany rodzaj trudności wiązać również należy z zaburzeniami przestrzennymi. Błędy gramatyczne u pacjentów z pragnozją ujawniają się tylko w specjalnych próbach wymagających zastosowania wiedzy metajęzykowej. W warunkach na-

turalnych pacjenci ci poprawnie posługują się zdaniami. W przypadku zaburzeń afatycznych trudności gramatyczne obserwowane są zarówno podczas wykonywania zadań testowych, jak i w warunkach naturalnych (Herzyk, 2005).

W zakresie systemu leksykalno-semantycznego u pacjentów tych ujawniają się trudności w definiowaniu słów, deficyty w nazywaniu, ograniczenie płynności słownej w próbach fluencji słownej zgodnie z kryterium formalnym i znaczeniowym. Chorzy z pragnozją demonstrują deficyty w przetwarzaniu różnych aspektów znaczeniowych słów, np. antonimicznych czy metaforycznych. Wynika to ze „struktury słownika utrwalonego w prawej półkuli, który ma charakter konotacyjny i asocjacyjny, przez co pacjenci mają problemy z odnoszeniem wypowiedzi do kontekstu pozajęzykowego, organizowaniem poznawczych i emocjonalnych walorów tekstu” (Panasiuk, 2015, s. 928), u pacjentów tych występuje również „swoista” anomia prawopółkulowa, którą M. Pąchalska (2007) charakteryzuje jako swoiste parafazje semantyczne.

Wielu lingwistów obok klasycznej triady: fonologia, semantyka, składania wyróżnia również inny aspekt aktu komunikacji werbalnej, jakim jest pragmatyka. To właśnie w tym obszarze występują poważne problemy u niemal wszystkich pacjentów po urazie mózgu ze względu na zjawisko, jakim jest diaschiza. Co więcej, dyspragmatyzm występuje powszechnie u pacjentów po długoletniej śpiączce. To procesy pragmatyczne decydują o tym, kiedy mówimy, jak mówimy, do kogo mówimy oraz dlaczego określone treści są komunikowane (Pąchalska, 2007, s. 125 fioletowa). Jak podkreślają M. Pąchalska i MacQueen (2002), w zakresie pragmatyki istnieje dominacja prawej półkuli mózgu, która może być porównana do dominacji lewej półkuli w zakresie procesów semantycznych.

Pacjenci z zaburzeniami pragmatyki charakteryzują się tendencją do dygresji, koncentrowaniem się na mało istotnych detalach, dodawaniem wielu osobistych uwag i wprowadzaniem ich do konwersacji (Pąchalska, MacQueen, 2008, s. 211). Niezależnie od lokalizacji uszkodzenia w prawej półkuli zaburzenia pragmatyki obejmują dosłowną interpretację zwrotów metaforycznych, tendencję do konfabulacji, monotony głos, dziwaczne sądy i twierdzenia, nielogiczne wnioskowanie, trudności w różnicowaniu informacji istotnych od nieistotnych, impulsywność wyrażaną przez mało refleksyjną ekspresję informacji czy „ksobne” traktowanie zdarzeń wewnętrznych (Pąchalska, MacQueen, 2008, s. 217). Szczególnie istotnym aspektem pragmatyki jest tzw. proksemika. Osoby z uszkodzeniem mózgu w sposób nieumotywowany zmniejszają bądź zwiększają stopień oddalenia od rozmówcy, doniosłość głosu czy czas, który poświęcają na wysłuchanie partnera komunikacji i na udzielenie mu odpowiedzi.

W zakresie komunikacji różnice pomiędzy zachowaniem pacjentów z afazją i pragnozją zostały przedstawione w tabeli 1.

Tabela 1. Proces komunikacji u pacjentów z afazją i pragnozą

Skuteczność porozumiewania się	
Afazja	Pragnoza
Nawet przy głębokich zaburzeniach funkcji językowych pacjent potrafi się skutecznie komunikować z otoczeniem; Większość chorych dąży do porozumienia się; Pacjenci wiedzą, kiedy należy mówić, a kiedy nie.	Pacjenci inaczej „widzą” i „mówią”, co stanowi przyczynę nieporozumień z opiekunami i terapeutami.
Dotyk podczas komunikacji	
Pacjenci pragną dotyku drugiej osoby, nierzadko samymi głaskają rozmówcę po rękę podczas rozmowy.	Pacjenci często (nie zawsze) zachowują dystans i nierzadko unikają dotyku.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: M. Pąchalska, B.D. MacQueen, 2008, *Mózg i pragmatyka*, [w:] *Podstawy neuropsychologii klinicznej*, red. Ł. Domańska, A. R. Borkowska.

Należy podkreślić, że zaburzenia pragmatyki występują nie tylko przy ogniskowym uszkodzeniu prawej półkuli mózgu, ale również u innych pacjentów, np. z otępieniem w przebiegu choroby zwyrodnieniowej ośrodkowego układu nerwowego czy schizofrenii, stąd w procesie diagnozy należy być ostrożnym, aby nie wpaść w pułapkę ścisłego lokalizacjonizmu (Pąchalska, MacQueen, 2008, s. 215).

Zasadne jest wskazanie różnicy pomiędzy pacjentami z afatycznymi i nieafatycznymi zaburzeniami w zakresie wykonywania czynności dowolnych (kontrolowanych) i automatyzmów. W przypadku afazji zaburzone są przede wszystkim czynności dowolne (kontrolowane), podczas gdy w pragnozji zaburzenia występują na poziomie automatyzmów w mówieniu i pisaniu. Pacjenci z pragnozą podczas swobodnego czytania spontanicznego napisanego tekstu nie są zdolni do rozpoznawania popełnianych błędów, kiedy jednak czynność wykonywana jest w sposób kontrolowany, wówczas dostrzegają nieprawidłowości i są zdolni je korygować (Panasiuk, 2015).

Osobnego omówienia wymaga realizacja suprasegmentalnych cech wypowiedzi. Zarówno przy uszkodzeniach lewej, jak i prawej półkuli występuje aprozodia lingwistyczna, która definiowana jest jako zaburzenie intonacji i akcentu dla poszczególnych rodzajów wypowiedzi (Jodzio, Nyka, 2008). W zależności od lokalizacji ogniska uszkodzenia u pacjenta można obserwować objawy aprozodii motorycznej, w przypadku uszkodzenia przedniej części, bądź aprozodii sensorycznej – w przypadku tylnej lokalizacji uszkodzenia (Pąchalska, MacQueen, 2008, s. 210). „Pacjent z aprozodią robi wrażenie człowieka obojętnego, co można

zaobserwować w jego mimice, ubóstwie gestykulacji oraz braku ekspresji w głosie. Spontaniczny uśmiech na twarzy chorych pojawia się rzadko i jakby z wielkim wysiłkiem” (Pąchalska, 2015, s. 130).

Osobnym zjawiskiem jest prozodia emocjonalna, która – jak wskazuje A. Herzyk (2005, s. 233) – współwystępuje z typowymi dla uszkodzeń prawej półkuli zaburzeniami zachowań emocjonalnych, takimi jak stany podwyższonego nieadekwatnego nastroju, obojętność emocjonalna lub zaprzeczenie istnieniu obiektywnych deficytów (anozodiaforia i anozognozja). W 1973 r. Wechsler porównywał sposób odtwarzania tekstu emocjonalnego przez osoby ze stronnymi uszkodzeniami mózgu. Pacjenci z uszkodzeniem prawej półkuli mózgu odtwarzali informacje emocjonalne w sposób mniej adekwatny do ich znaczenia we wzorcu. W grupie tej zarejestrowano istotnie więcej błędów w ocenie stanu emocjonalnego bohaterów opowiadań w porównaniu z wynikami pacjentów z afazją i osób bez uszkodzeń mózgu. Zarejestrowane błędy dotyczyły nieadekwatnej oceny lub jej braku mimo poprawnie spostrzeżonej sytuacji; dysocjacji między stosunkiem do sytuacji a sposobem opisu językowego. Badania te potwierdziły dominację prawej półkuli w przetwarzaniu informacji zabarwieniu emocjonalnym (za: Pąchalska, 2014, s. 318).

W zakresie regulacji zachowań emocjonalnych występuje zatem asymetria półkulowa. U pacjentów po usunięciu lewej półkuli mózgu obserwuje się tendencję do stanów depresyjnych, podczas gdy u pacjentów po hemisferektomii prawej półkuli mózgu – stany podwyższonego nastroju. Dodatkowo tzw. płacz patologiczny częściej występuje przy uszkodzeniach lewej półkuli, podczas gdy w leżkach prawopółkulowych może pojawić się tzw. śmiech patologiczny (Pąchalska, 2014, s. 318). Obserwacje pacjentów w przypadku uszkodzenia lewego bądź prawego płata czołowego również potwierdzają powyższe rozważania. Osoby z uszkodzeniem prawego płata czołowego wypowiadają niestosowne uwagi, przesadnie dowcipkują, nie przestrzegają reguł dyskursu społecznego, są wesołkowate, a osoby z uszkodzeniem lewego płata czołowego są małomówne, depresyjne i apatyczne (Pąchalska, 2015, s. 318).

Do charakterystycznych zaburzeń współwystępujących w następstwie uszkodzenia prawej półkuli należy apraksja konstrukcyjna oraz pomijanie stronne. Jak podkreśla Ł. Domańska (2004), osoby z pomijaniem stronnym mogą zaniedbywać jedną połowę ciała w trakcie wykonywania codziennych czynności samoobsługowych bądź nie odpowiadać na pytania zadane przez osobę znajdującą się po stronie pomijanej. W literaturze przedmiotu wyróżnia się dwa rodzaje pomijania stronnego, u których podłoża znajdują się różne patomechanizmy. Są to pomijanie „egocentryczne”, czyli ignorowanie części własnego ciała, oraz „allocentryczne”, czyli niedostrzeganie zjawisk zewnętrznych znajdujących się w pomijanej części przestrzeni (Pąchalska, 2007, s. 362).

Zróznicowany obraz psychopatologiczny przynosi wynik z działania złożonych patomechanizmów: zaburzeń strategii przetwarzania informacji w związku z zakłóceniami procesu syntetyzowania danych językowych i kontekstowych; zaburzeń funkcji emocjonalnych i przestrzenno-wzrokowych oraz zaburzeń relacji pomiędzy kompetencją językową a procesami poznawczymi i emocjonalnymi (Panasiuk 2008, Herzyk 2005).

## IMPLIKACJE DIAGNOSTYCZNE

Sposób proadzenia diagnozy logopedycznej w przypadku zaburzeń mowy nabytych w wyniku uszkodzenia mózgu uzależniony jest od: „etapu zdrowienia, ogólnego stanu klinicznego pacjenta, warunków prowadzenia diagnozy i terapii (szpital – przy łóżku, gabinet, turnus rehabilitacyjny)” (Panasiuk, 2008). Diagnoza logopedyczna składa się zatem z kilku etapów: analizy danych uzyskanych z dokumentacji leczenia, wywiadu oraz obserwacji, analizy wyników badań specjalistycznych oraz oceny sprawności językowych i komunikacyjnych przed zachorowaniem i po wystąpieniu incydentu neurologicznego (Panasiuk, 2015). Na podstawie wywiadu, obserwacji czy rozmowy wstępnej można określić stan świadomości badanego, jego orientację auto- i allopsychiczną, stosunek do siebie i swoich trudności, jak również określić specyficzne dla dysfunkcji ośrodkowego układu nerwowego cechy zachowania (Szepietowska, 2000).

Przykłady dyspragmatyki mogą być zauważone przez terapeutę już podczas swobodnej rozmowy z pacjentem. Szczególną uwagę należy zwrócić na brak formuł grzecznościowych w rozmowie, budowanie wypowiedzi pacjenta, które mimo poprawności gramatycznej nie pasują do sytuacji komunikacyjnej oraz poczucie humoru, kolejność zabierania głosu, utrzymywanie kontaktu wzrokowego (Pąchalska, 2014, s. 134; K. Jodzio, W. M. Nyka, 2008).

W związku z tym, że zaburzenia pragmatyczne nie ujawniają się w klasycznych testach do badania afazji, proces diagnozy powinien zawierać ocenę sprawności pragmatycznych. Odpowiedzią na kliniczne metody diagnostyczne jest między innymi Funkcjonalny Profil Porozumiewania się (ang. *Functional Communication Profile-FCP*) (Taylor, 1965; za: Lezak, Howieson i Loring, 2004) oraz Test Zdolności Komunikowania się z Życiem Codziennym (ang. *Communication Abilities in Daily Living 2-CADL 2*). Test ten składa się z 50 zadań, które są jak najbardziej zbliżone do codziennych sytuacji komunikacyjnych (Daniluk, 2017, s. 70–71). W procesie diagnozy ekstra- i paralingwistycznych aspektów mowy często również wykorzystuje się opowiadanie rysunków sytuacyjnych, historyjek obrazkowych czy bajek. Wypowiedzi chorego ocenia się pod kątem długości, organizacji, kompletności i parametrów czasowych narracji.

Rozpoznanie pragnozji występuje, gdy u chorego obserwuje się organiczne uszkodzenie mózgu w obrębie podległej półkuli mózgu i zaburzenia czynności poznawczych, w tym zachowań językowych i komunikacyjnych. Należy również w procesie rozpoznania uwzględnić objawy neurobehawioralne, gdyż mogą one rzutować na wynik prób diagnostycznych pacjentów. Do kryteriów pozwalających na zdiagnozowanie pragnozji w przypadku uszkodzenia prawej półkuli należą: brak rodzinnej leworęczności, ogniskowe uszkodzenie zlokalizowane wyłącznie w półkuli tożstronnej co dominująca ręka, brak uwarunkowań społecznych, które mogłyby modyfikować dominację półkulową (Panasiuk, 2015, s. 941).

Na podstawie lokalizacji uszkodzenia w obrębie półkuli podległej można wskazać charakterystyczne zaburzenia będące konsekwencją uszkodzenia przedniej, tylnej oraz skroniowej i/lub ciemieniowej okolicy prawej półkuli (tabela 2).

**Tabela 2. Objawy pragnozji w zależności od lokalizacji uszkodzenia**

Ognisko uszkodzenia w przedniej części półkuli prawej	Ognisko uszkodzenia w tylnej części półkuli prawej
Częsta zmiana tematu bez motywacji; Załatwianie spraw społecznych uważanych za istotne bez uwzględniania norm społecznych.	Częściej motywują zmianę tematu rozmowy; Mają tendencje do kończenia rozmowy i odejścia od rozmówcy bez załatwienia istotnych spraw, co jest źródłem częstych konfliktów.
Uszkodzenie skroniowej i/lub ciemieniowej okolicy prawej półkuli	
Brak kontroli nad rejestrem swojego tekstu; W rozmowie z rodziną, np. urzędowego stylu języka; Nierzadko stosowanie dziwnych wyrażen „światlisty łuk” - Księżyc.	

Źródło: opracowanie na podstawie: M. Pąchalska, 2015, *Neuropsychologia kliniczna. Urazy mózgu*, t. 2

Należy również wskazać konieczność zróżnicowania „nieafatycznych zaburzeń mowy” z afazją skrzyżowaną, której objawy to „zaburzenia w planowaniu i odbiorze wypowiedzi w wyniku uszkodzenia półkuli tożstronnej dla dominującej ręki [...]. Trudności objawiają się analogicznie do afazji Broki i Wernickiego [...]. Do istotnych kryteriów diagnostycznych należą: brak rodzinnej leworęczności, ogniskowe uszkodzenie mózgu występujące wyłącznie w półkuli tożstronnej co dominująca ręka, które powoduje specyficzne dla afazji zaburzenia językowe, brak uwarunkowań społecznych, które mogłyby modyfikować dominującą półkulową i brak patologii rozwoju mózgu w ontogenezie” (Panasiuk, 2015, s. 901).

Wśród czynników, które wpływają na skuteczność rehabilitacji chorych z nabytym uszkodzeniem mózgu należy wymienić: etiologię, głębokość zaburzenia, czas trwania choroby, stopień zaburzenia poszczególnych składników języka, wiek, płeć i ręczność, stopień asymetrii mózgowej oraz miejsce i rozmiar uszkodzenia mózgu (Pąchalska, 2008, s. 233).

Postawienie właściwej diagnozy determinuje postępowanie terapeutyczne, jak również wskazuje na rokowania względem prowadzonej rehabilitacji. Jak podkreśla J. Panasiuk (2015, s. 896): „warunkiem postawienia właściwego rozpoznania jednostki patologii, zaprogramowania modelu terapii występujących zaburzeń i zastosowania optymalnych rozwiązań metodycznych w przebiegu zindywidualizowanego procesu usprawniania językowego jest zastosowanie analitycznego modelu w logopedycznym diagnozowaniu osób z uszkodzeniem mózgu, w którym ustala się przyczyny, patomechanizmy, objawy i skutki zaburzeń mowy”. Proces diagnozy stanowi podstawę programowania terapii, co – jak podkreśla S. Grabias (2014, s. 68) – wymaga największego wysiłku intelektualnego od terapeuty.

## PODSUMOWANIE

Diagnozowanie zaburzeń mowy u chorych po przebytych incydentach neurologicznych wymaga od terapeuty określenia, czy jest organiczne uszkodzenie CUN, jeśli tak, jakiej części kory mózgowej dotyczy, jakie czynności poznawcze zostały zachowane, a jakie zaburzone oraz wskazania deficytów w zakresie języka i komunikacji będących skutkiem uszkodzenia mózgu. Jest to proces wymagający wszechstronnej wiedzy, gdyż zaburzenia mowy mogą być niespecyficzne i współwystępować ze sobą, a właściwe rozpoznanie jest pierwszym etapem postępowania logopedycznego.

## BIBLIOGRAFIA

- Daniluk B., 2017, *Afazja*, [w:] *Patologia mowy*, red. Z. Tarkowski, Gdańsk, s. 39–80.
- Domańska Ł., 2004, *Więżniowie podzielonej przestrzeni. Zaburzenia uwagi w pomijaniu stronny*, Lublin.
- Grabias S., 2014, *Teoria zaburzeń mowy. Perspektywy badań, typologie zaburzeń, procedury postępowania logopedycznego*, [w:] *Logopedia teoria zaburzeń mowy*, red. S. Grabias, M. Kurkowski, Lublin, s. 15–72.
- Herzyk A., 2005, *Wprowadzenie do neuropsychologii klinicznej*, Warszawa.
- Jodzio K., Nyka W. M., 2008, *Zaburzenia językowe oraz mowy w praktyce ogólnolekarskiej*, „Forum Medycy Rodzinnej”, 2 (1), s. 14–22.
- Maruszewski M., 1974, *Chory z afazją i jego usprawnianie*, Warszawa.

- Osiejuk E., 1994, *Procesy komunikacji językowej u osób z uszkodzoną prawą półkulą mózgu*, [w:] *Nie tylko afazja*, red. H. Marczewska, E. Osiejuk, Warszawa, s. 61–86.
- Panasiuk J., 2008, *Standard postępowania logopedycznego w afazji*, „Logopedia” t. 37, s. 255–275.
- Panasiuk J., 2015, *Postępowanie logopedyczne w przypadku afazji*, [w:] *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego*, red. S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak, Lublin, s. 869–918.
- Panasiuk J., 2015, *Postępowanie logopedyczne w przypadku pragnozji*, [w:] *Logopedia standardy postępowania logopedycznego*, red. S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak, Lublin, s. 919–951.
- Pąchalska M., 2008, *Patogeneza i neuropsychologiczna diagnostyka afazji*, [w:] *Podstawy neuropsychologii klinicznej*, red. Ł. Domańska, A. R. Borkowska, Lublin, s. 153–194.
- Pąchalska M., 2014, *Rehabilitacja neuropsychologiczna*, Lublin.
- Pąchalska M., 2015, *Neuropsychologia kliniczna. Urazy mózgu*, t. 1–2, Warszawa.
- Pąchalska M., MacQueen B., D., 2008, *Mózg i pragmatyka*, [w:] *Podstawy neuropsychologii klinicznej*, red. Ł. Domańska, A. R. Borkowska, Lublin, s. 195–232.
- Styczek I., 1980, *Logopedia*, Warszawa.
- Szepietowska E.M., 2000, *Badanie neuropsychologiczne. Procedura i ocena*, Lublin.
- Tarkowski Z., Góral-Pórola J., 2017, *Patologia mowy jako dyscyplina naukowa i praktyczna*, [w:] *Patologia mowy*, red. Z. Tarkowski, Gdańsk, s. 11–38.
- Walsh K., 1998, *Neuropsychologia kliniczna*, Warszawa.
- Walsh K., 2001, *Jak rozumieć uszkodzenia mózgu. Podstawy diagnozy neuropsychologicznej*, Warszawa.