

Wolna rozmowa jako ważny aspekt diagnozy i terapii osób z afazją

Paweł Majcherczyk

Zespół Szkół Ogólnokształcących w Brwinowie

STRESZCZENIE

Celem niniejszego artykułu jest zwrócenie uwagi, jak istotnym aspektem w terapii logopedycznej osób z afazją jest wolna rozmowa. Autor przedstawia definicję oraz wykorzystanie wolnej rozmowy w terapii logopedycznej¹.

SŁOWA KLUCZOWE

afazja, diagnoza i terapia, neuropsychologia, wolna rozmowa

SUMMARY

The aim of this article to draw attention to the importance of a free conversation in speech therapies for people with aphasia. The author presents the definition and use of free conversation in speech therapy.

KEY WORDS

aphasia, diagnosis and therapy, neuropsychology, free conversation

¹ Artykuł jest pokłosiem mojej pracy magisterskiej „Studium przypadku osoby z afazją z elementami reedukacji” pod kierunkiem prof. Józefa Porayskiego-Pomsty (Uniwersytet Warszawski).

WPROWADZENIE

Afazja to zaburzenie (wcześniej już opanowanej) mowy w wyniku uszkodzenia mózgu. Pacjenci z afazją mają największe trudności w nazywaniu (anomia) oraz ze strukturą zdania w wypowiedziach (agramatyzm). Przeważnie rozumiana jest w dwóch znaczeniach: **zaburzenia mowy przy wszelkich dysfunkcjach i uszkodzeniach mózgu, trudności językowych wynikających z ogniskowych uszkodzeń mózgu zlokalizowanych w tzw. obszarze mowy w półkuli dominującej** (Panasiuk, 2012).

Przyczynami afazji są: urazy czaszkowo-mózgowe, schorzenia naczyniowe (udar mózgu o charakterze niedokrwiennym oraz wylew krwi do mózgu), zmiany nowotworowe, choroby degeneracyjne, zatrucia toksynami.

Diagnoza logopedyczna powinna być postawiona po wnikliwym zapoznaniu się z dokumentacją leczenia chorego, przeprowadzeniu wywiadu z pacjentem, dokonaniu obserwacji chorego oraz po badaniu testem sprawności językowych pacjenta. Metodyka jest uzależniona od stanu zdrowienia klinicznego chorego oraz miejsca prowadzenia diagnozy i terapii. Stosuje się różne metody, aby diagnozować pacjenta, najczęściej w szpitalach do tego celu używa się testów diagnostycznych do afazji. W zamiarze badanie takim testem ma wykazać u pacjentów, czy mają afazję i jaki jest jej typ, jakie zaburzenia dominują, mają naświetlić wstępną diagnozę. Czynniki te warunkują kolejny krok, czyli terapię. Rehabilitacja pacjenta po rozpoznaniu afazji może trwać bardzo długo (nawet kilka lat).

Charakterystyka kliniczna

Osiemnastoletni K. Sz., uczeń III klasy Szkoły Zawodowej Gastronomicznej, po ciężkim urazie czaszkowo-mózgowym w wyniku wypadku komunikacyjnego został przyjęty do szpitala w stanie ogólnym ciężkim.

Badanie CT wykazało ostry krwiak podtwardówkowy prawostronny, mnogie stłuczenia prawej półkuli mózgu oraz liczne pęknięcia kości czaszki w prawej okolicy ciemieniowej. Na podstawie badania komputerowego chory został zakwalifikowany do leczenia operacyjnego. Ustalono niewielki niedowład połowiczny prawostronny oraz stwierdzono padaczkę pourazową. Wówczas została zdiagnozowana afazja mieszana znacznego stopnia. Mowa dowolna uległa zniesieniu. Pacjent wykazywał zaburzenia pamięci (amnezję), nie rozpoznawał osób z najbliższego otoczenia (rodziny)², jego mowa stała się żargonem afatycznym. Po jakimś czasie jedynym artykułowanym wyrazem, jaki do znudzenia powtarza, to: *noga*, jest to tak zwany embol, który utrwalił się w czasie rehabilitacji

² Pacjent był hospitalizowany na Oddziale Intensywnej Terapii: 8.06.2008 – 3.07.2008.

nogi – sparaliżowanej części ciała. Chorego skierowano do ośrodka rehabilitacyjnego, w którym zastosowano leczenie farmakologiczne, ćwiczenia usprawniające mięśnie kończyn dolnych i górnych oraz terapię logopedyczną. Pacjent przed urazem mózgu normalnie funkcjonował w społeczeństwie, kończył szkołę zawodową, regularnie trenował na siłowni, był osobą towarzyską, chętnie spotykał się ze znajomymi.

Metodologia

Pierwotnym celem badań osoby z afazją była ocena poszczególnych funkcji językowych, wykonałem badanie za pomocą Bostońskiego Testu do Diagnozy Afazji (BDAE), czyli sprawdziłem, jakie pacjent zrobił postępy w rozumieniu, mówieniu, powtarzaniu, czytaniu, pisaniu po roku terapii logopedycznej ze mną³. Pacjent został dwukrotnie przebadany testem BDAE w zakresie poszczególnych zdolności językowych – w styczniu 2012 r. oraz w styczniu 2013 r., przeprowadziłem także dodatkowo próby sprawdzające mowę spontaniczną. Przez rok ćwiczyliśmy wymowę, pisownię, powtarzanie... Głównym celem spotkań – ze względu na brak normalizacji Testu Bostońskiego w języku polskim – było dokonanie analizy jakościowej w mowie u pacjenta po około dwunastu miesiącach pracy ze mną, rediagnoza miała unaocznić jego stan językowy, czy istnieje progres w: komunikacji językowej, pamięci, rozumieniu. Intencją było także dostrzeżenie poprawy funkcjonowania pacjenta w życiu codziennym, relacjach międzyludzkich. Drugie badanie testem ukazało poprawę niemalże w każdej zaburzonej czynności (jest także potwierdzeniem istoty terapii). Chory posługuje się znacznie większą liczbą wyrazów, dużo więcej rozumie, lepiej przepisuje tekst. W niektórych zdolnościach językowych nie ma wielkiego postępu: powtarzaniu, czytaniu, nazywaniu, sprawności oralnej. Natomiast trzeba podkreślić, iż K. Sz. zrobił przede wszystkim ogromny postęp w relacjach międzyludzkich. Rehabilitacja ta dostarczyła ciekawych spostrzeżeń na temat wolnej rozmowy między ćwiczeniami, później stał się to stały element naszej terapii. Zajęcia te stały się pretekstem do napisania artykułu odnośnie do ważności wolnych rozmów w czasie terapii logopedycznej. Żeby zwrócić uwagę na metodologię wolnych rozmów, ale także terapii, najprzydatniejszym narzędziem okazał się dyktafon.

³ Zajęcia odbywały się raz w tygodniu, trwały 90 min., robiliśmy kolejno takie ćwiczenia: ćwiczenia artykulacyjne, oddechowe, powtarzanie.

Wolna rozmowa⁴ i spostrzeżenia

Wolna rozmowa jest dla mnie integralną częścią diagnozy i terapii osób z afazją, wolny dialog definiuję jako rozmowę, która nie jest całkowicie wolna od ćwiczeń. Najlepiej, aby taka rozmowa była rozpoczynana przez pacjenta w nawiązaniu do jego przeżyć, przemyśleń, wysłuchajmy jego chęci podzielenia się czymś ważnym dla niego samego. Nigdy nie powinniśmy bagatelizować tego niezwykle ważnego komunikatu. Pacjent ujmuje w niej własną emocjonalność. Wolna rozmowa wyłania się po jakimś czasie, gdy pacjent nabiera do nas zaufania. W czasie takiego dialogu logopeda wnikliwie bada strukturę gramatyczną, intonację wypowiedzi, mimikę, a przede wszystkim rozumienie dialogu, czyli sensowne zadawanie pytań i udzielanie poprawnych odpowiedzi. Możemy tu przytoczyć kilka czynników tekstu, na które zwracamy uwagę, notując wolny dialog z pacjentem, są to: intencjonalność, akceptabilność, spójność i dialogowość. Na wszystkie czynniki zwracamy uwagę, pamiętając, iż tekst to każda wypowiedź ustna i pisemna.

Uważam, że intrygujące spostrzeżenia wyłaniają się właśnie wtedy, gdy wydając opinię, nie tylko bierzemy pod uwagę wyniki testu do diagnozy afazji czy ściśle rezultaty chorego w czasie ćwiczeń, również wtedy, kiedy sensownie reagujemy na rozmowy w czasie terapeutycznych zadań (w szpitalach, ośrodkach rehabilitacyjnych istotnie bardzo mało czasu jest na wolne rozmowy – wiąże się to z brakiem czasu, wynikającym ze zbyt dużej liczby pacjentów w stosunku do liczby zatrudnionych specjalistów⁵).

Gdy pozwalamy pacjentowi na takie rozmowy, chory czuje się bezpiecznie, odpowiednio w naszym towarzystwie, może nam zaufać, pacjent szlifuje wtedy jedną z najcenniejszych cech (dla osób z afazją), jaką jest odwaga. Rozmowa z nieznaną mu osobą w sklepie, w środkach komunikacji jest nie lada wyzwaniem, wszystko to przygotowuje pacjenta do celu nadrzędnego, czyli możliwie jak najszybszego przywrócenia normalności przed uszkodzeniem mózgu. W wolnych dialogach manifestuje się niezwykle ważny aspekt życiowy, mianowicie ujawniają się emocje, m.in.: radość, smutek, zmęczenie, znużenie, strach itd.. Uczucia te są niezbędne nie tylko do komunikacji językowej, ale w relacjach międzyludzkich. Takie podejście wiąże się z dużym zaangażowaniem i elastycznością u logopedów, podejściem psychologicznym do straszliwego problemu, jakim jest afazja. Logopeda powinien stawać się także psychoterapeutą. Zazwyczaj my, logopedzi – zawsze na gruncie psychologicznym, wczucia się w czyjeś położenie,

⁴ Synonimicznie będę używał: *wolna dyskusja – wolny dialog*.

⁵ Problem ten dotyczy niemalże każdej placówki, w której pracują logopedzi, są to: szkoły, przedszkola, ośrodki rehabilitacyjne...

czy też nawet psychiatrycznego bycia piorunochronem, oczywiście w miarę naszych możliwości – powinniśmy wychodzić z taką inicjatywą, mimo że nie jesteśmy specjalistami tych dziedzin, natomiast niezaprzeczalnie zdarzają nam się pacjenci z różnymi zaburzeniami emocjonalnymi oraz psychicznymi po urazie mózgu. Staramy się, jak tylko możemy, zrozumieć „dziwność istnienia”⁶ osób z afazją. Słusznie Jadwiga Szumska pisze, że nie mamy kontaktu z człowiekiem, który ma zaburzoną mowę, ale „reedukujemy chorego człowieka, który ma zaburzoną mowę” (Szumska, 1980). U osoby z afazją występują również trudności w stosunkach personalnych – co wiąże się z zespołem stresu pourazowego (Pąchalska, 2003). Istotą terapii jest rozmowa, ciepłe słowa, pochwały, ale także cierpliwe słuchanie, co pozwala pacjentowi nabrać dostatecznej ilości odwagi tak niezbędnej w powrocie do życia przed urazem, ta odwaga ma być silniejsza od nagminnych zaburzeń językowych w postaci perseweracji, parafazji itp. Józef Porayski-Pomsta w swym artykule pisze o funkcji terapeutycznej mowy: „To, że możemy, mówiąc coś komuś albo nawet samemu sobie, odreagować stres, wyzalić się na los lub na kogoś, że możemy zwyczajnie porozmawiać z drugą osobą, to właśnie przejaw funkcji terapeutycznej (lecniczej)” (Porayski-Pomsta, 2008). Często my, logopedzi, jesteśmy jedynymi słuchaczami naszych pacjentów, wykazując zrozumienie dla ich ogromnego wewnętrznego bólu. Warto tu przytoczyć słowa Antoniego Balejki: „Dobry logopeda wie, że nie zawsze, aby coś ważnego zakomunikować innej osobie, trzeba posługiwać się słowami. Spojrzenie, milczenie czy aktywne słuchanie, życzliwe gesty, pogłaskanie po głowie, serdeczny uścisk dłoni, mogą być potężnym sposobem oddziaływania. Jest to terapeutyczne oddziaływanie logopedy i bardzo ważny sposób pozawerbalnego komunikowania się” (Balejko, 2003).

Cytaty wyżej przytoczone są sednem wolnych rozmów, w trakcie terapii możemy w czasie takich zajęć poświęcić 10 min. na taki dialog albo, gdy rozmowę nawiąże pacjent, szybko jej nie przerywajmy, uważając ćwiczenia za dużo ważniejszy aspekt terapii. Oczywiście bardzo ważny w tym wszystkim jest rozsądek, gdyż są pacjenci, którzy mogą mówić nam godzinami od rzeczy, ale niekiedy za dwudziestym, trzydziestym razem padnie sensowna wypowiedź, a to bardzo ważny aspekt w terapii.

Podczas tych wolnych rozmów wyłaniają się ciekawe cechy mowy, które warto brać pod uwagę (także wystawiając wstępną oraz następne opinie logopedyczne). Wówczas także terapia, gdy pacjent czuje się dobrze w naszym towarzystwie, przynosi bardzo dobre skutki.

⁶ Termin ten, niezwykle trafny dla odczuć osób z afazją, zapożyczyłem od pisarza, malarza Stanisława Ignacego Witkiewicza.

Dlaczego jeszcze warto pozwalać na takie wolne dialogi? Nierzadko przez taki dialog możemy dojść do odmiennych bądź nieco innych wniosków, które wyłoniły się w czasie badania testem do afazji. Zwracam uwagę na ten fragment dialogu, ponieważ on potwierdza taką sprzeczność w moich badaniach: mianowicie w teście BDAE pacjent uzyskał bardzo mało punktów w ćwiczeniach, które miały określić stan jego rozumienia.

Wolna rozmowa wypływa zazwyczaj po dłuższym czasie terapii w relacji pacjent – logopeda⁷, chory wtedy nabiera do nas zaufania, ta ufność nie ma być pozyskana sztucznością, a naturalnością i empatią...

W czasie ćwiczeń z pacjentem kopiowania kółek, liter (mają one na celu usprawnić rękę oraz udoskonalic aktywność intelektualno-ruchową)⁸ chory rozpoczął ze mną rozmowę⁹, którą nagrałem dyktafonem, a treść podaję poniżej. Ta wymiana zdań była spontaniczna, rozmowa niczym nie była sprowokowana, pacjent sam rozpoczął konwersację, zwracam na nią uwagę, gdyż: ukazuje pewną spójność, poprawną intonację i mimikę, podkreśla bardzo dobre rozumienie komunikatu oraz mojej odpowiedzi, którą pacjent podjął, sensownie kontynuując dialog.

K: *Mmmhmm, ja do Konstanciiiiinaaa* (wymawia miejscowość z wyraźnym, radosnym chwaleniem się).

Ja: *Kiedy?*

K: *Nie wiesz? Cały czas, yyy... no.* (Druga część wypowiedzi oznacza, cały czas ci mówiłem...).

Ja: *15 listopada?*

K: *No! I urlop, wreszście urlop. Yyy, sąsiedzi* (neologizm), *tez zooodwiedzać* (dodaje, śmiejąc się).

Ja: *Czy będę Cię odwiedzać?*

K: *No!*

Ja: *A chciałbyś?*

K: *Noo, wiesz.*

Ja: *No, może wpadnę tam do ciebie, jak mi załatwisz nocleg.*

K: *Tak? Nie, yyy płacić.*

Ja: *A mama przyjedzie do ciebie?*

K: *Mama, tak, tacotutaco* (neologizm fonetyczny)¹⁰.

⁷ Dlatego też przy pierwszym rozpoznaniu wolny dialog jest często niemożliwy, wstępna diagnoza jest dobrem koniecznym.

⁸ Celem tych ćwiczeń jest usprawnienie ręki oraz udoskonalenie aktywności ruchowo-intelektualnej.

⁹ Wolnych rozmów było znacznie więcej, uwidaczniała się w nich koherencja wypowiedzi mimo licznych parafazji. Interesujące jest to, że u pacjenta uwydatniała się niekiedy ironia, która się nie ujawniała podczas ćwiczeń.

¹⁰ Rozmowa została nagrana w styczniu 2013 r.

Oto kilka ważnych czynników rozmowy:

1. **Intencjonalność wypowiedzi** – J.R. Searle podkreśla trzy aspekty intencji: 1. stale określa jakąś treść, 2. stale określa jakieś warunki spełnienia, 3. zazwyczaj ma swoją moc przyczynową. Pacjent przekazał założony cel komunikacyjny, czyli świadomie, przemyślanie poruszył temat, który go intryguje, co świadczy o dobrym rozumieniu własnych wypowiedzi, chęci podzielenia się własną radością wyjazdu...
2. **Mimika w czasie komunikatu** – żeby wyróżnić jakiś wyraz w zdaniu, stosujemy różne metody, takie jak: podwyższenie głosu, zwalniamy tempo mowy, robimy pauzę, ale w ten zakres wchodzi także gestykulacja oraz mimika. Te dwie ostatnie formy dyskusji są o tyle istotne, że są to przekazy niewerbalne, ale nie mniej ważne od werbalnych, razem tworzą sedno komunikatu. Chory dialog rozpoczął uśmiechem, co doskonale współgrało z treścią jego wypowiedzi.
3. **Intonacja** – zawiera w czasie wypowiadania tekstu istotny rodzaj melodii poprzez wyeksponowanie akcentu wyrazu w zdaniu, zazwyczaj ma na celu wyrażenie emocji. Wypowiedź ta podkreśla, że pacjent ma świadomość tego, o czym mówi, praktycznie wszystkie czynniki melodyjności wyrazu były wyeksponowane w leksemie: *Konstanciiiiinaaa*. Pacjent, mówiąc mi o wyjeździe do Ośrodka Rehabilitacyjnego w Konstancinie, wyraźnie był radosny, rozpoczął tekst słowny w formie zabawnej „przechwałki”, poprzedzając melodyjnością swego zadowolenia z lekko podniesioną modulacją: *mmmmhmm, ja do Konstanciiiiinaaa*. Gdy osoba podwyższa ton w wypowiedzi, może ukazywać tym entuzjazm oraz podniecenie, kiedy obniża może wyrażać tym niezadowolenie czy smutek (w zależności od przyjętej normy językowej w danym kraju).
4. **Kontynuowanie logicznie tematu** – gdy pytam: *Kiedy?* Odpowiada: *Noo, nie wiesz?, Cały cas, yyy, no*. Gdy mówię: *15 listopada?*, Potwierdza: *No!* Po chwili trafnie podsumowuje swój wyjazd: *i urlop, wreszcie urlop*¹¹, zadaje konkretne pytanie: *Są se tez, zooodwiedzać?* Oznacza to: *Czy mnie odwiedzisz?* – Krótki dialog, mimo różnych zaburzeń głosek w wypowiedziach, parafazji czy neologizmów, cały czas jest spójnie prowadzony.

¹¹ Wyraz „urlop” był Kamilowi znany z terapii logopedycznej. Korzystałem m.in. z *Ćwiczeń usprawniających aktualizację wyrazów w mowie osób z afazją* Bożeny Strachalskiej.

5. **Pozytywny odbiór żartów** – chory przed chwilą sam zażartował na temat „urrłopu”, by po chwili także stosownie ustosunkować się swojego żartobliwego pytania: *No, może wpadnę tam do ciebie, jak mi załatwisz nocleg...* – na to pytanie pacjent odpowiada: *Taaak?* – w tej krótkiej wypowiedzi wyraźnie dostrzegalna jest **intonacja rosnąca**, typowa w języku polskim do zadawania pytań. K. rozsądnie mi odpowiada: *Nie, yyy płacić.*

Po takiej wypowiedzi trudno stwierdzić, iż pacjent ma duże zaburzenie rozumienia. Chociaż wyniki z testu BDAE wskazywały, że **rozumienie** u chorego wciąż jest mocno zaburzone (jest to podsumowanie z dwóch badań – styczeń 2012 oraz styczeń 2013 r.), próby z **rozpoznaniem części ciała, poleceniami oraz złożonym materiałem językowym** sprawiały K. ogromny trud. W ćwiczeniach ze złożonym materiałem językowym, gdzie były zadawane pytania typu: *Czy korek utośnie w wodzie? Czy można używać młotka do wbijania gwoździ?* W dużym skrócie: poprawa była nieznaczna, głównie w orientacji przestrzennej miasta – chory sam zaczął sprawnie przemieszczać się autobusami, poprawa została także zauważona w słowniku czynnym. Pisanie i czytanie praktycznie nadal było zniesione, prócz czytania kilku liter i napisania kilku wyrazów (*kot, dom, Jadzia*). Pozostał nadal w komunikacji styl telegraficzny, brakuje czasownika, czyli budulca zdania.

PODSUMOWANIE

To doświadczenie skłoniło mnie do postawienia dwóch tez:

1. Wolne rozmowy są istotną częścią diagnozy – ukazują niekiedy sprzeczność z diagnozą postawioną tylko za pomocą testów diagnostycznych;
2. Wolne rozmowy są istotną częścią terapii – usprawniają spontaniczną wypowiedź, dialog – mimikę, intonację.
3. Wolne rozmowy – pomagają pacjentom pod względem emocjonalnym, m.in.: odbudować wewnętrzną samoocenę, zniwelować skłonności do samokrytycyzmu, nabrać odwagi podczas rozmów z obcymi.

BIBLIOGRAFIA

- Balejko A., 2003, *Jak pomóc choremu z afazją. Z doświadczeń logopedy*, [w:] *Diagnoza i terapia osób z afazją*, red. A. Balejko, Białystok.
- Panasiuk J., 2012, *Afazja. Typologia zaburzenia. Interpretacja afazji z perspektywy interakcyjnej*, [w:] *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*, red. S. Grabias, M. Kurkowski, Lublin.
- Pąchalska M., 2003, *Zespół stresu pourazowego u osób po rozległym urazie mózgu*, [w:] *Neuropsychologiczne konsekwencje urazów głowy*, red. A. Herzyk, B. Daniluk, M. Pąchalskiej, B.D. MacQueen, Lublin.
- Porayski-Pomsta J., 2008, *O funkcji terapeutycznej mowy*, [w:] *Diagnoza i terapia w logopedii*, red. J. Porayski-Pomsta, Warszawa.
- Szumska J., 1980, *Metody badania afazji*, Warszawa.