

Jolanta Panasiuk¹, Danuta Turzańska²

¹ Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin – Zakład Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego

² „Repty”, Górnośląskie Centrum Rehabilitacji im. gen. Jerzego Ziętka w Tamowskich Górach

Dynamika wycofywania się zaburzeń afatycznych u chorego po urazie mózgowo-czaszkowym. Studium przypadku

**The Dynamics of the with Drawal of Aphatic Disorders in a Patient
with a Cerebro-Cranial Trauma. A Case Study**

I. DYNAMIKA ZABURZEŃ AFATYCZNYCH

Literatura afazjologiczna w ocenie zaburzeń mowy po uszkodzeniach mózgu wskazuje na ogromne znaczenie czynników o charakterze dynamicznym. Dowody na prawdziwość tego twierdzenia znajdujemy w obserwacjach klinicznych, badaniach neurofizjologicznych, ocenie neuropsychologicznej czy wreszcie w praktyce logopedycznej [Maruszewski 1966].

W badaniu klinicznym stwierdza się, że objawy patologiczne występujące u chorych po uszkodzeniach mózgu nie mają charakteru statycznego, lecz odznaczają się znaczną zmiennością w czasie. Pierwszą grupę czynników analizowanych w ocenie klinicznej, od których zależy rodzaj symptomów afazji, tworzą: lokalizacja uszkodzenia mózgu, rozległość i głębokość uszkodzenia, charakter i struktura zaburzeń oraz ilość uszkodzonych struktur mózgowych (tzn. czy uszkodzenie mózgu dotyczy jednej okolicy czy kilku, różnie zlokalizowanych, struktur).

Wyniki badań neurofizjologicznych i neuropsychologicznych wskazują na fakt, iż w zespole zaburzeń afatycznych wyróżnić można objawy będące bezpośrednim skutkiem całkowitego zniszczenia pewnych struktur mózgowych oraz objawy wynikające z częściowego jedynie uszkodzenia struktur sąsiadujących z tzw.

obszarem mowy lub będące rezultatem zaburzeń czynności innych, morfologicznie nie uszkodzonych ośrodków, które uprzednio były powiązane z okolicą zniszczoną w jednym układzie czynnościowym. W pierwszym przypadku mamy do czynienia z trwałą i całkowitą utratą danej funkcji, w drugim zaś z dynamicznym upośledzeniem czynności w mniejszym bądź większym zakresie. Zaburzenia funkcji będące niebezpośrednim skutkiem uszkodzenia mózgu mają z natury rzeczy charakter dynamiczny. Mogą one cofać się częściowo lub całkowicie, mogą zostać skompensowane lub też może nastąpić ich dekompensacja.

Inną grupę czynników wpływających na ostateczne ukształtowanie się zespołu objawów towarzyszących uszkodzeniu mózgu stanowią okoliczności, w jakich znalazł się chory – te bowiem mogą powodować szereg zmian o charakterze psychogennym. Istotny okazuje się też czynnik czasu – moment, w którym ocenia się zespół objawów po uszkodzeniu mózgu. Objawy występujące tuż po uszkodzeniu mają dość często odmienny charakter od tych, które stwierdza się u tego samego pacjenta po kilku miesiącach lub latach. Z czasem mogą nawet zanikać ostre objawy zaburzeń organicznych, a potęgować się zmiany o charakterze psychogenym¹. Dodatkowo obraz zaburzeń językowych w afazji wiąże się z charakterystyką socjologiczną pacjenta – jego płcią, wiekiem, wykształceniem, środowiskiem, w jakim przebywa [Maruszewski 1974].

Trzecim źródłem danych o dynamicznym przebiegu afazji jest praktyka logopedyczna. Logopeda prowadzący zajęcia reedukacyjne ma możliwość długotrwałej obserwacji chorych z afazją i oceny, które z zaburzeń językowych występujących u danej osoby odznaczają się względną trwałością i są podstawowym skutkiem uszkodzenia mózgu, które zaś podlegają zmianom i są wtórną konsekwencją defektu podstawowego. Trafne rozróżnienie pierwotnych i wtórnych objawów zaburzeń mowy w konkretnym przypadku afazji jest warunkiem ustalenia skutecznego programu terapii logopedycznej.

II. URAZ MÓZGOWO-CZASZKOWY JAKO PRZYCZYNA AFAZJI

Urazy mózgowo-czaszkowe stanowią jedną z najczęstszych przyczyn afazji. Zwykle są one następstwem wypadków komunikacyjnych, zdarzają się też podczas wykonywania różnorodnych prac przemysłowych. Do urazu dochodzi w wyniku silnego zderzenia czaszki z twardym przedmiotem. Niekiedy urazom towarzyszą złamania kości czaszki. Jeżeli następuje złamanie kości czaszki, mówi się o urazie otwartym (drażącym), kiedy zaś złamanie nie następuje, to uraz jest zamknięty.

¹ Warto tutaj podkreślić, że zmiany o charakterze psychogennym to zmiany powstałe zarówno na tle organicznym (czyli wynikające z uszkodzenia kory), jak też te, które mają naturę psychiczną (czyli pojawiają się jako reakcja na uświadomienie sobie własnej niesprawności).

W jednym i drugim przypadku może nastąpić mniej lub bardziej rozległe stłuczenie mózgu z towarzyszącym obrzękiem i krwotokami włośniczkowymi, które stwierdza się w okolicach biegunów półkul mózgowych.

Przy urazach otwartych następuje stłuczenie lub zranienie mózgu zarówno przez przedmiot, z którym nastąpiło zderzenie, jak też przez odłamki kości czaszki. Urazy te mogą powodować infekcje wewnątrzczaszkowe pod postacią zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych lub ropnia wewnątrzczaszkowego [Bannister 1992]. W urazach zamkniętych uszkodzenie mózgu może nastąpić w wyniku działania powstałych przy zderzeniu sił mechanicznych. Mogą one uszkodzić sam mózg lub spowodować rozerwanie jego naczyń krwionośnych. Ten drugi czynnik może wystąpić również w urazach otwartych.

Uraz czaszki może spowodować uszkodzenia mózgu dwojakiego rodzaju: ogniskowe lub wielogniskowe. Powstałe uszkodzenie może mieć także różną wielkość i powodować rozmaite skutki tak pod względem jakości, jak i głębokości objawów. Ogniskowe uszkodzenie mózgu następuje bezpośrednio pod miejscem, gdzie nastąpiło uderzenie (*coup*) i w prostej linii po drugiej stronie mózgu, gdzie następuje zderzenie z wewnętrzną ścianą czaszki (*contre coup*). W tych punktach dochodzi zwykle do stłuczenia powierzchni kory mózgowej. Głębiej od punktu uderzenia może nastąpić na skutek urazu krwawienie do mózgu. Urazom towarzyszą zwykle zaburzenia świadomości, procesów poznawczych oraz afazja [Pąchalska 1999].

W ogniskowych uszkodzeniach mózgu będących konsekwencjami wypadków komunikacyjnych głowa poszkodowanego doznaje uszkodzenia wynikającego dodatkowo z działania dwu antagonistycznych sił: akceleracji (przyspieszenia) i deceleracji (zwolnienia). Taki gwałtowny ruch powoduje przesunięcie masy mózgu w obrębie czaszki oraz stłuczenia i mogące im towarzyszyć zadrapania w najbardziej wyeksponowanych częściach czaszki (płaty czołowe, guzki skroniowe, bieguny ciemieniowe)². We współczesnych wypadkach samochodowych, w których następuje gwałtowne hamowanie przy dużej szybkości, uszkodzenia przedniej części płata skroniowego, a niekiedy również płata czołowego może być tak duże, że następuje krwotok pourazowy, stłuczenie i zranienie mózgu oraz krwawienie śródczaszkowe – objawy te określane są terminem „ekspozycja bieguna płatów mózgowych” [Bottrell, Stewart – cyt. za: Walsh 1998 s. 103]. Jednym z pierwszych objawów powstania krwiałków przymózgowych czy wewnątrzmożgo-

² Mówiąc o uszkodzeniach mózgu na skutek nagłej utraty szybkości, np. podczas wypadków komunikacyjnych, Jamieson porównuje ruch mózgu wewnątrz czaszki do ruchu obiektów znajdujących się w samochodzie: „Miękki mózg jedzie jeszcze do przodu i rozbija się nie tylko o deskę rozdzielczą, którą posiada każdy z nas w postaci ostrych jak nóż krawędzi kości klinowej (zaopatrzonej poza tym w wyrostki klinowe), wraz z nie ustępującą pod naciskiem powięzią przedniej ściany środkowej dołu czaszki, ale także o przednią szybę z chropowatych płytek kostnych oczodołu i kości czołowej” [Jamieson – cyt. za: Walsh 1998 s. 103].

wych są zaburzenia świadomości, następnie symptomy wskazujące na dysfunkcje pnia mózgu. Najcięższe konsekwencje powstania krwiaka to ospałość, zaburzenia świadomości, prowadzące często do stanu głębokiej śpiączki [Pačalska 1999].

Mechanizm powstawania uszkodzeń mózgu w przypadku urazów powoduje swoiste zachowania, sugerujące uszkodzenie w okolicy odległej od miejsca uderzenia. U pacjentów po urazach głowy bardzo często zdarzają się objawy „zespołu czołowego”, takie jak rozhamowanie, brak inicjatywy i zdolności planowania [Walsh 1998] czy opisany przez Geschwinda „zespół irytacyjnej, euforycznej apatii”. Chory dotknięty tym zespołem może okazywać brak zainteresowania otoczeniem, występują u niego okresowe wybuchy irytacji oraz nieadekwatnej wesołości [Kaczmarek 1993].

Nagły poważny uraz głowy zarówno jedno-, jak i wieloogniskowy może spowodować przerwanie powłok białej materii, które chronią aksony, lub też doprowadzić do rozpadu samych aksonów. Zjawisko rozległego urazu aksonalnego zachodzi w obrębie całych półkul, ale jego skutki najwyraźniej zaznaczają się w funkcjonowaniu płatów czołowych. Jednakże do symptomów charakterystycznych przy uszkodzeniach płata czołowego dołączają się w przypadku tych chorych perseweracje oraz częste zmiany poziomu ich aktywności.

Po słuczeniu mózg może dość szybko powrócić do zdrowia, ale też często mogą występować trwałe skutki uszkodzenia upośledzające sprawność mózgu. Przewlekłym następstwem urazów mogą być bóle i zawroty głowy czy zaburzenia umysłowe. Zazwyczaj rozwijają się one jako kontynuacja objawów ostrej fazy choroby. Ból jest na ogół silny, występuje okresowo w postaci napadów mogących trwać przez kilka godzin i ulega zaostrzeniu pod wpływem wysiłku fizycznego lub emocji. Najczęstszymi zaburzeniami psychicznymi są: trudności w koncentracji uwagi, wzmożona męczliwość, zaburzenia pamięci oraz nerwowość i lęk [Banister 1992].

III. PRZEDMIOT PRACY – MATERIAŁ EMPIRYCZNY I METODA OPISU

W artykule prezentujemy analizę struktury i dynamiki zaburzeń afatycznych występujących u chorego po urazie mózgowo-czaszkowym. Wybrany do opisu przypadek wydaje się interesujący z co najmniej kilku powodów. Po pierwsze, młody wiek chorego, rodzaj patomechanizmu zaburzeń, dobra sprawność ruchowa, znakomity stan kliniczny, sprzyjająca sytuacja rodzinna stwarzają znaczne możliwości kompensacji zaburzeń mowy i dobrze rokują na przyszłość, po drugie, występujące u chorego czynniki natury emocjonalnej, trudności w dostępie do logopedy i niemożność korzystania z systematycznej terapii mowy, a także wytworzenie się patologicznych nawyków mownych znacząco wpływają na po-

wrót zaburzonych funkcji mowy. W kontekście tych zmiennych warto wskazać na zmienność klinicznego obrazu afazji u badanego, zasady kompensowania zaburzonych u niego czynności mowy oraz wykorzystywane przezeń sposoby do pokonywania trudności w słownym porozumiewaniu się z otoczeniem.

Zastosowana metoda opisu – studium przypadku – ma na celu możliwie dokładny i wielostronny opis jednostki przy uwzględnieniu szeregu zmiennych [Jaworska-Obój 1995], a precyzyjna diagnoza funkcji językowych oraz innych procesów poznawczych (uwagi, pamięci, myślenia) zaangażowanych w mówienie jest warunkiem opracowania odpowiednich metod terapii.

Metodologia studium przypadku obejmuje: określenie celu badań; ustalenie źródeł, rodzaju i sposobu gromadzenia faktów poddawanych opisowi oraz interpretacji; ustalenie prawidłowości i reprezentatywności tych danych wobec znanych teorii; określenie przydatności wybranych założeń teoretycznych dla spójnej i całościowej interpretacji zebranych faktów; sformułowanie hipotez dotyczących analizowanych problemów oraz określenie sposobów ich weryfikacji; wysunięcie wniosków końcowych i nakreślenie procedury postępowania w konkretnym przypadku [Janas-Kaszczyk, Tarkowski 1991; Evans 1985].

Celem opracowania jest ustalenie dynamiki wycofywania się zaburzeń mowy u chorego z afazją zaistniałą w konsekwencji urazu mózgowo-czaszkowego. Przedmiotem analizy i oceny są zdolności językowe i komunikacyjne badanej osoby. Fakty patologii językowej interpretowane są w kontekście zaburzeń innych wyższych czynności psychicznych oraz zdolności zachowanych. Trudności językowe badanego zaprezentujemy zatem w kontekście zaobserwowanych u niego zachowań emocjonalnych i komunikacyjnych wobec nas – badających oraz osób trzecich. Nie poprzestając jednak na opisie zaburzeń językowych, zmierzamy będziemy do wyjaśnienia mechanizmów ich powstania, określenia dynamiki ich wycofywania się, a także planowania dalszej rehabilitacji pacjenta. Stąd uzyskane eksperymentalnie wyniki dwu odległych czasowo badań logopedycznych, postępy odnotowane w trakcie prowadzonej rehabilitacji i zaburzenia zachowania obserwowane w interakcjach chorego z otoczeniem korelowane będą z wynikami diagnozy neurologicznej – jego stanem klinicznym. Takie zabiegi służyć mają określeniu prawidłowości powrotu utraconych funkcji mowy i wskazywać na kierunek dalszej terapii.

Materiał badawczy obejmuje zarejestrowane na dyskach dyktafonu cyfrowego, po czym przetranskrybowane badanie logopedyczne, przebieg zajęć terapeutycznych, a także swobodne rozmowy z chorym. Dodatkowych danych dostarczyły zapiski z obserwacji chorego uczestniczącego w różnorodnych interakcjach społecznych: z personelem i pacjentami szpitala, odwiedzającą go rodziną i osobami nieznanymi. Analizie lingwistycznej poddano 10 godzin nagrań, co stanowi ok. 100 stron maszynopisu transkrypcji.

IV. PROBLEMY BADAWCZE

Dane z literatury na temat jakości, struktury i dynamiki zaburzeń afatycznych, informacje uzyskane we wstępnym etapie diagnozy logopedycznej (dane pochodzące z historii choroby, wywiadu, obserwacji i badania logopedycznego) pozwoliły na sformułowanie następujących problemów badawczych:

- Jakie funkcje mowy zostały u chorego zaburzone w wyniku uszkodzenia mózgu?
- Jakie funkcje zostały zachowane?
- Jaka jest struktura zaburzonych czynności mowy?
- Jaki jest podstawowy czynnik warunkujący obserwowane objawy?
- Jak zmienia się charakterystyka jakościowa i ilościowa obserwowanych zaburzeń w badanym przedziale czasowym?
- Jakie mechanizmy kompensacji zaburzonych funkcji występują u chorego?
- Jaka jest skuteczność oddziaływań terapeutycznych i jakie czynniki warunkują poprawę?
- Jak planować dalszą procedurę terapii logopedycznej i jakie metody oraz ćwiczenia należy stosować?
- Jakie są rokowania dotyczące powrotu utraconych funkcji?
- Jak przedstawione fakty prezentują się w świetle znanych teorii i opisywanych przypadków?

V. OPIS PRZYPADKU

1. Charakterystyka kliniczna chorego

Osiemnastoletni T. G., uczeń III kl. Technikum Mechanicznego, 17 VII 1995 r. przeżył ciężki uraz czaszkowo-mózgowy w wyniku wypadku komunikacyjnego. Poszkodowany został przyjęty do szpitala nieprzytomny w stanie ogólnym ciężkim.

Badanie CT głowy wykazało u chorego obecność krwiaka śródmózgowego w prawej okolicy skroniowej dającego efekt masy oraz krwiaka przymózgowego okolicy czołowo-ciemieniowej. Stwierdzono ogólny obrzęk tkanki mózgowej. Na podstawie badania komputerowego chory został zakwalifikowany do leczenia operacyjnego w celu usunięcia krwiaka i ropnia mózgu. Kontrolne badanie CT wykazało ubytek kostny w okolicy ciemieniowej lewej oraz uwypulkenie się tkanki mózgowej.

Po czteromiesięcznym pobycie w szpitalu w stan chorego oceniono jako dobry, wypisano ze szpitala z rozpoznaniem: TRAUMA CRANIO-CEREBRALE GRAVIS PERACTA. HEMIPARESIS DEXTRA CUM APHASIA i skierowano do leczenia rehabilitacyjnego.

W listopadzie 1995 r. T. G. został przyjęty na Oddział Rehabilitacji. W wyniku badania neurologicznego stwierdzono niedowład prawostronny z przykurczem zgięciowym stawu kolanowego i przykurczem podszwowy stopy. Chory nie stał samodzielnie, poruszał się na wózku inwalidzkim. Występujące zaburzenia mowy oceniono jako afazję ruchową znacznego stopnia. T. G. porozumiewał się na migi. Zalecono rehabilitację ruchową i terapię mowy.

2. Wynik badania logopedycznego chorego cztery miesiące po urazie mózgu

Badanie logopedyczne przeprowadzone w listopadzie 1995 r. wykazało głębokiego stopnia objawy afazji ruchowej – dominowały trudności w mówieniu, które dotyczyły wszelkiej aktywności słownej, również w zakresie powtarzania i wypowiedzi zautomatyzowanych (wyliczanie dni tygodnia, nazw miesięcy, pór roku) oraz wypowiedzi o znacznym ładunku emocjonalnym (mówienie o sobie, o najbliższych)³. Zniesiona była mowa dowolna. Chory reagował na proste polecenia słowne i pytania wokalizacją, gestem lub mimiką. Objawom motorycznym towarzyszyły zaburzenia w rozumieniu dłuższych tekstów o bardziej złożonej strukturze semantyczno-gramatycznej, aleksja⁴, agrafia⁵, akalkulia⁶ i apraksja⁷.

Dodać należy, że chory wykazywał zaburzenia pamięci (amnezję) oraz zaburzenia uczuć i zachowania, uzewnętrzniające się zmianami nastroju (labilnością uczuciową). Z powodu utrzymujących się deficytów poznawczych nie był zdolny do kontynuacji nauki w szkole, nie podjął też żadnej stałej pracy. Afazja i zaburzenia pamięci uniemożliwiały przyswajanie nowych informacji, nastąpiła utrata wiedzy nabytej w szkole, amnezja obejmowała wiadomości przyswojone w ramach nauczania wszelkich przedmiotów. Problemy dotyczyły także wykorzystania nabytych wcześniej umiejętności zawodowych, np. z zakresu mechaniki. Powrót do czynnego życia społecznego i towarzyskiego uniemożliwiały zaburzenia mowy oraz niedowład.

³ Te formy wypowiedzi podlegają rozpadowi po uszkodzeniach lewej półkuli mózgu w ostatniej kolejności.

⁴ Aleksja (*alexia, alexie*), dysleksja to nabyte zaburzenia rozumienia pisanego tekstu spowodowane uszkodzeniami mózgu.

⁵ Agrafia (*agraphia*), dysgrafia to utrata lub zaburzenie zdolności pisanie liter i słów spowodowane uszkodzeniami mózgu.

⁶ Akalkulia jest zaburzeniem pojmowania struktury liczb i też wykonywania operacji liczbowych. Cyfry są rozpoznawane prawidłowo i pojmowane jest ich znaczenie. Trudności występują przy interpretacji liczb wielocyfrowych oraz przy wykonywaniu operacji liczbowych wymagających orientacji przestrzennej w strukturze liczb wielocyfrowych. Trudności może sprawiać również wzrokowe rozpoznawanie podobnych graficznie cyfr.

⁷ Apraksja to zniesienie lub zaburzenie w wykonywaniu precyzyjnych ruchów celowych. Rozpoznaje się wtedy, gdy nie występują u chorego cechy niedowładu, nieborności ruchu (przy uszkodzeniu mózdzku) czy zaburzenia czucia.

Pierwsza diagnoza logopedyczna wyznaczyła sposoby postępowania logopedycznego zalecane w pierwszym okresie po zachorowaniu. Ćwiczenia – prowadzone systematycznie przez okres trzech tygodni – miały na celu stymulację aktywności językowej chorego i rozhamowanie mowy.

3. Wynik badania logopedycznego chorego dwa lata i trzy miesiące po urazie mózgu

Wyniki badania logopedycznego przeprowadzonego w październiku 1997 r. wskazywały na utrzymywanie się objawów afazji motorycznej, a ich specyfika przemawiała za występowaniem u chorego afazji ruchowej kinetycznej (eferentnej) średniego stopnia. Ten rodzaj afazji charakteryzuje się zaburzeniem płynności i melodii mowy, skandowaniem i niewłaściwym akcentowaniem, błędami o charakterze parafazji głoskowych i wyrazowych (wymiany głosek w obrębie wyrazów oraz substytucja nazw), upośledzeniem zdolności nazywania. W mowie chorego zaobserwowano „styl telegraficzny” – charakterystyczny dla późnych etapów cofania się zaburzeń kinetycznych. Ten objaw cechuje się używaniem rzeczowników w formie podstawowej (Mianownika liczby pojedynczej), brakiem łączliwości gramatycznej pomiędzy poszczególnymi członami wypowiedzenia (agramatyzmy), redukcją czasowników oraz wyrazów niesamodzielnymi składniowo.

Zaobserwowano wtórne zaburzenia w rozumieniu mowy, zwłaszcza tekstów dłuższych. W czytaniu i pisaniu pojawiały się trudności analogiczne do występujących w mowie. Charakteryzowały się więc zmianami kolejności głosek w wyrazach, przestawianiem sylab oraz ich powtarzaniem. U chorego utrzymywała się akalkulia, wycofały się natomiast objawy głębokiej apraksji. Powróciła też częściowo pamięć faktów. Jednakże stan wiedzy chorego był nadal ograniczony, a przyswajanie nowych treści zakłócały utrzymujące się trudności w zapamiętywaniu. Objawom afatycznym i menestyycznym towarzyszyły zaburzenia natury emocjonalnej.

Przeprowadzona diagnoza logopedyczna nie została na tym etapie postępowania uznana za ostateczną i była poddawana weryfikacji w trakcie – prowadzonej systematycznie w wymiarze jedna godzina dziennie przez okres trzech tygodni – terapii logopedycznej. Wybór ćwiczeń logopedycznych uwzględniał specyfikę zaburzeń, a więc metodyka postępowania była taka, jak w przypadkach afazji motorycznej kinetycznej.

VI. MECHANIZM POWSTAWANIA ZABURZEŃ W AFAZJI MOTORYCZNEJ KINETYCZNEJ

Afazja motoryczna kinetyczna (eferentna) powstaje w wyniku uszkodzenia ośrodka Broca. Mechanizm zaburzeń mowy związany jest z zakłóceniami eferencji, czyli sygnalizacji odśrodkowej. Według A. Łurii [1967] do prawidłowej artykulacji niezbędne jest płynne przechodzenie narządów mowy z jednego układu artykulacyjnego do drugiego. Te sekwencyjne ruchy narządów mowy powstają na podstawie przesyłanych drogą odśrodkową programów motorycznych. Zakłócenia w sygnalizacji odśrodkowej leżą u podstaw zaburzeń w modyfikowaniu artykulacji zależnie od położenia głoski w wyrazie. Zaburzona jest realizacja wypowiedzi, trudności dotyczą motorycznej sfery mowy, chociaż narządy artykulacyjne nie są w tym wypadku porażone.

Synteza sekwencyjna, czyli organizacja ruchów artykulacyjnych w czasie, jest warunkiem płynności mowy. Zaburzenia syntezy sekwencyjnej prowadzą do specyficznych objawów niepłynności, która obejmuje zarówno słowa wypowiedziane spontanicznie, jak i powtarzane. Rozpad schematów dynamicznych (modeli kinetycznych) i bezwładność procesów ruchowych prowadzą do dezautomatyzacji mowy. Znamienna jest w tym typie zaburzeń trudność w przechodzeniu od artykulacji poszczególnych głosek do wypowiedzania całych zdań, a tym bardziej złożonych tekstów. Poważnie zaburzony jest schemat zdania. W mowie chorego występuje brak złożonych struktur składniowych. Niedobór czasowników i wyrazów funkcyjnych – będących niezbędnym środkiem płynnych i pełnych wypowiedzi – w znacznym stopniu zakłóca zdolność komunikowania się z otoczeniem. Wydaje się, że w tym typie afazji zaburzona jest składnia powierzchniowa, tj. jeden z poziomów sukcesywnej (syntagmatycznej) organizacji tekstu, natomiast składnia głęboka jest raczej zachowana, nieprawidłowe są jedynie jej transformacje.

W późniejszych stadiach obraz afazji kinetycznej przejawia się w mowie chorego występowaniem cech „stylu telegraficznego”, czyli ograniczeniami w tworzeniu zdań. Chory, kompensując trudności w realizacji dynamicznych schematów zdaniowych, używa pojedynczych rzeczowników nie powiązanych z sobą gramatycznie i redukuje obligatoryjne części modelu składniowego.

Rozumienie mowy w afazji ruchowej eferentnej nie jest pierwotnie zaburzone, jednak na skutek trudności motorycznych towarzyszących formułowaniu dłuższych tekstów może u chorego wtórnie wystąpić upośledzenie odbioru bardziej złożonych form wypowiedzi.

Zaburzenie seryjnej sekwencji wymawianego słowa oraz patologiczna bezwładność jego składników odbijają się też w piśmie pacjentów z afazją kinetyczną. Trudności w pisaniu polegają nie tyle na niemożności różnicowania potrzebnych głosek oraz liter, ile na zaburzeniu sekwencji głoskowej w wyrazie. Typowe jest tu przestawianie i powtarzanie liter w wyrazie.

VII. LINGWISTYCZNA ANALIZA DANYCH JĘZYKOWYCH

Zebrany materiał empiryczny poddany został analizie lingwistycznej w celu określenia charakterystycznych dla wypowiedzi badanego zjawisk językowych. Jest rzeczą oczywistą, że zaprezentowany materiał lingwistyczny obejmuje wypowiedzi chorego zarejestrowane w drugim okresie jego badania, czyli dwa lata i trzy miesiące po wypadku. W pierwszym okresie po zachorowaniu chory nie tworzył tekstów. W szczegółowym opisie językowej aktywności badanego uwzględniono następujące aspekty: jakich form i gatunków wypowiedzi używa, w jaki sposób realizuje swoje komunikacyjne intencje, jak zwraca się do interlokutora i czy stosuje się do etykiety językowej, jakie są właściwości jego stylu, czy używa frazeologizmów, przysłów i zwrotów stereotypowych, jaka jest charakterystyka składniowa, gramatyczna, semantyczno-leksykalna i fonetyczna wypowiedzi badanego, czy rozumie słyszane teksty.

U chorego oceniono również takie umiejętności, jak czytanie, pisanie oraz liczenie. Całokształt językowych możliwości opisywanego pacjenta przedstawiono na tle jego zachowań emocjonalnych i komunikacyjnych.

1. Formy i gatunki wypowiedzi

Pod względem formalnym wypowiedzi badanego odznaczają się bardzo ograniczonym repertuarem form. Konsekwencją trudności w budowaniu zdań są bowiem ograniczenia w tworzeniu teksów o określonej charakterystyce gatunkowej. Najbardziej dostępna jest dla chorego ta forma wypowiedzi, która jest najbardziej związana z sytuacją mówienia, czyli dialog. Jednakże struktura dialogu realizowana jest przez chorego w swoisty sposób i różni się od struktury rozmowy potocznej. Pierwszą charakterystyczną różnicą jest to, że badany sporadycznie przejawia inicjatywę w rozpoczynaniu rozmowy. W realizacji dubletów dialogowych PYTANIE – ODPOWIEDŹ (P-O) aktywność chorego sprowadza się do realizacji jednego członu diady dialogowej, a mianowicie O. Pytania pojawiają się sporadycznie i są silnie związane z kontekstem tekstowym z racji swojej eliptyczności, np. *Dlaczego? A po co? I co? A ty nie? No i co? Po co?* Przebieg dialogu sterowany jest w większości przypadków przez interlokutora, do którego należy inicjowanie rozmowy. Poprzez zadawanie choremu pytań, których znaczenie jest funkcją wcześniejszych replik dialogu, osiągana jest spójność tematyczna tekstu.

A.⁸ *Kiedy wracasz do domu?*

B. *Nie wiem. Listopad...*

A. *Byłeś umówiony, ile czasu tu będziesz?*

⁸ Wypowiedzi oznaczone literą „A” sformułowane zostały przez badające – autorki artykułu, wypowiedzi zaś opatrzone literą „B” – przez badanego T. G.

B. *Miesiąc.*

A. *Co będziesz robił w domu?*

B. *Robota, może.*

Niektóre odpowiedzi chorego wykazują jednak tak znaczną eliptyczność, że zachodzi konieczność zadawania przez rozmówcę pytań o dodatkowe, istotne dla zrozumienia wypowiedzi, dane. Wyjaśnienia chorego częstokroć nie są jednak uszczegółowieniem poprzedniej repliki, lecz jej korektą.

A. *Jaka robota?*

B. *Wioska, wiosna, grzyby.*

A. *Grzyby?*

B. *Nie grzyby, pizza.*

A. *Pizza?*

B. *Nie! Grzyby.*

A. *Do pizzy?*

B. *Grzyby, grzyby.*

A. *Pieczarki?*

B. *O! No!*

A. *Chcesz zbudować pieczarkarnię?*

B. *Nie, sam!*

A. *Ty sam wymyśliłeś to sobie?*

B. *No!*

Dodatkowo spójność tekstu jest warunkowaną kompetencją kulturową rozmówców, która obejmuje zjawiska nie należące do systemu językowego, lecz dotyczy wspólnej wiedzy rozmówców o otaczającej rzeczywistości. Identyfikowanie komunikacyjnych właściwości kontekstu leży u podstaw rozumienia pragmatycznych sensów wypowiedzi.

A. *A jest u was zapotrzebowanie na pieczarki?*

B. *Nie! No!*

A. *A dowiadywałeś się, czy jest zbyt na pieczarki?*

B. *O! Jest, jest! No!*

B. [Cały czas pocą się mu ręce, ciągle wyciera się chusteczką, dmucha za dekolt bluzy, pociera ręką po szwie na głowie, prostuje prawą nogę].

A. *Co? Znów dłonie mokre?*

B. *No, robota. Renta i druga robota.*

A. *Druga robota? A na kogo zarejestrowana?*

B. *Tata.*

A. *A ty lubisz pracować?*

B. *Och!*

A. *Bardzo?*

B. *Ręce. Głowa nie! Ręce!*

A. *A gdzie ty byś miał tę pieczarkarnię? Kolo domu?*

B. *No!*

A. *A masz takie miejsce?*

B. *No!*

A. *I budynek stoi?*

- B. *Łąka.*
 A. *Ale to w ogrodzeniu by było?*
 B. *No! I....* [pokazuje rękami tunel].
 A. *A pieczarki wymagają dużo pracy.*
 B. *A! wiem!*
 A. *A ty lubisz rano wstawać?*
 B. *Rano fajka, no! Robota. Noc... O, Boże! Robota.*

Niejednokrotnie odpowiedzi chorego na zadawane mu pytania zredukowane są do pojedynczych słów, stają się więc dwuznaczne. Spójność dialogu wymaga zatem wprowadzenia przez rozmówcę dodatkowych pytań precyzujących znaczenie repliki, np.:

- A. *W lecie chciałbyś pojechać nad morze?*
 B. [Kiwa głową, że tak].
 A. *W tym roku?*
 B. [Kiwa głową, że nie].
 A. *W przyszłym?*
 B. *No. Rodzina.*
 A. *Cała rodzina pojedzie?*
 B. *Nie! Ro-dzi-na.*
 A. *Masz rodzinę tam?*
 B. [Kiwa głową, że tak].
 A. *W jakim mieście?*
 B. *G.... G...*
 A. *Gdańsk?*
 B. *G-dańs-k, wioska.*
 A. *Na wsi koło Gdańska?*
 B. *Aha.*
 A. *Dobra rodzina?*
 B. *Ha! Rodzina? Rodzina i rodzina* [śmieje się].
 A. *To znaczy taka sobie?*
 B. *No! Osiem.*
 A. *Co osiem?*
 B. *Osiem lat.*
 A.
 B. *Czeeeeś!*
 A. *Nie widziałeś ich osiem lat?*
 B. *No.*
 A. *To nie poznasz.*
 B. *Eee! Osiem lat, osiem lat...*
 A. *Acha! Jak miałeś osiem lat, to ich widziałeś ostatni raz?*
 B. *No... no...*

W prowadzonych badaniach najdłuższe wypowiedzi chorego obejmowały zaledwie około dwudziestu jednostek leksykalnych.

- B. *Mam AB* [kategorii AB]. *AB motor i samochód AB. Sprawny ja, sprawny ja. Hmmm samochód? Ojciec: a po co? a dlaczego? ojciec.*

Takie ograniczenia długości tekstu znosiły możliwość tworzenia form narracyjnych typu opis czy opowiadanie.

2. Akty mowy

Największą sprawność przejawiał badany w realizacji tekstów związanych z zachowaniami zrytualizowanymi, stereotypowymi, do jakich należą akty powitań, pożegnań, podziękowań, przeproszeń. Ich użycie jest wyznaczone przez etykietę językową. Te akty mowy, utrwalone i przewidywalne w swojej warstwie głębinowej, również były typowe w formach powierzchniowych i sprowadzały się do wypowiedzi typu: *cześć; do widzenia; dzięki; przepraszam*. Jedynym nacechowaniem stylistycznym formuł grzecznościowych wydawały się warianty socjolektalne, typowe dla gwary uczniowskiej, np. *Sorry*.

Czasami jednak występowały trudności w aktualizacji odpowiednich formuł grzecznościowych, stąd pojawiały się one niekiedy w nieadekwatnych kontekstach, synonimicznie, np. *przepraszam* w znaczeniu 'dziękuję'; *dzień dobry* zamiast *do widzenia*.

Charakterystyka lokucyjna innych aktów mowy realizowanych przez chorego zredukowana była do pojedynczych słów, wypowiedzianych z odpowiednią do wartości illokucyjnej intonacją, np. pytania, prośby, obietnicy. Intencja tych eliptycznych gramatycznie i leksykalnie aktów mowy bywała rozpoznawalna w kontekście sytuacyjnym i tekstowym. Nie zawsze jednak działania językowe badanego miały siłę perlokucyjną, nie wyeksplikowane należyte w postaci struktur językowych intencje chorego nie zawsze były odczytywane w interakcjach językowych, w których uczestniczył. To tłumaczy jego niepowodzenia w spełnianiu niektórych swoich komunikacyjnych zamierzeń, niechęć do podejmowania interakcji słownych i frustrację z powodu tych trudności.

3. Wypowiedzi stereotypowe

Wypowiedzi utrwalone, kliszowane zawierały również takie elementy systemu językowego, których brak było w niestereotypowych tekstach chorego. I tak, w powielanych standardach językowych spotykamy wyrazy niesamodzielne składniowo i semantycznie, pomocnicze względem innych części mowy (np. *Ale życie! I tyle!*), które nie wystąpiły w innych połączeniach, czy czasowniki, które nie pojawiały się wypowiedziach niestereotypowych prawie wcale (np. *Idź stąd! Nie pali, nie pije, nie używa; Główka nie pracuje; Raz żyje się*).

Wysoki stopień utrwalenia, charakteryzujący związki frazeologiczne i wyrażenia przysłowiowe, jest wskaźnikiem trwałości tych struktur w przypadku wystąpienia afazji. Tym zapewne należy tłumaczyć wysoką frekwencję wyrażen typu: *Szybki Bill; pusta pała; ruski miesiąc, ruski rok, Życie jak w Madrycie; Suchy*

chleb dla konia; O.K. – OB. Niestety, formy te, chociaż w zwykłych zachowaniach językowych odznaczają się wyraźną wartością ekspresywną oraz szerokim zakresem kognitywnym, w badanym przypadku utraciły swoje walory stylistyczne i stały się reakcjami stereotypowymi, jedynie możliwymi w danym kontekście tekstowym, nie zawsze zresztą odpowiednim czy zgodnym z językową konwencją ich użycia.

4. Struktury składniowe

Analiza składniowa zebranych wypowiedzi chorego wskazywała na zaburzenia w realizacji powierzchniowych struktur składniowych. Rozumienie wypowiedzi dłuższych wypowiedzi oraz przejawy stylu telegraficznego w wypowiedziach chorego w postaci pojedynczych wyrazów, zwykle partykuł, wykrzykników i rzeczowników w formach podstawowych, wskazywały na utrzymanie się struktur głębokich zdaniowych.

Niedostatek czasowników, charakterystyczny dla afazji motorycznej kinetycznej, znacząco wpłynął na możliwości w zakresie formułowania jakichkolwiek sądów. Wypowiedzi straciły wartość predykatywną. Trudności w użyciu reguł gramatycznych – drugiej klasy języka – spowodowały uzależnienie wypowiedzi od sytuacji mówienia. Przekazywanie informacji o zdarzeniach odległych w miejscu i czasie stanowiło dla badanego duży problem i stawało się niemożliwe bez współpracy ze strony interlokutora. Chory stosował strategie językowe służące przełamaniu deficytów w zakresie składni, stąd realizacje typu: *lipiec sierpień wrzesień – wesele, wesele, wesele* 'byłem na trzech weselach'.

Usytuowanie wyrazów w tekstach badanego wskazywało na tendencję do inwersji składniowej, chory umieszczał np. partykuły twierdzące i przeczące w pozycji finalnej, np. *Obiad nie* 'nie jadłem obiadu'; *wódka nie* 'nie piję wódki'; *Rodzina tak* 'to jest moja rodzina'.

5. Agramatyzmy

Zjawisko agramatyzmu jest zawsze wymieniane w paradygmacie zaburzeń językowych w afazji. Rozróżnienie dwu rodzajów agramatyzmu: myśli i języka znajdujemy w koncepcji K. Goldsteina. Agramatyzm myśli przejawia się zakłóceniami szyku wypowiedzi, natomiast agramatyzm lingwistyczny polega na zaburzeniach we właściwym użyciu reguł gramatycznych i niepoprawnym stosowaniu funkcyjów. Zaburzenia językowe dotyczące stosowania reguł gramatycznych, użycia wyrazów funkcyjnych i tworzenia wypowiedzi w „stylu telegraficznym” określane są mianem afazji syntaktycznej. Afazjologia poszerzyła lingwistyczne znaczenie terminu agramatyzm definiowanego jako „błędne

budowanie zdań i niezdolność do tworzenia poprawnych form gramatycznych”⁹ o dodatkowy aspekt, a mianowicie szukanie mechanizmu jego powstawania i związek z uszkodzeniem określonych struktur mózgowych¹⁰. W prezentowanym przypadku trudności w stosowaniu reguł gramatycznych wiązały się z uszkodzeniem okolicy Broca. Są one typowym objawem afazji motorycznej kinetycznej.

U badanego pojawiły się przykłady niewłaściwego doboru form gramatycznych, zwykle w odniesieniu do połączeń rzeczownika i przydawki, np. *dwa pani* 'dwie panie'; *nowy maszyna* 'nowa maszyna'; *wese-li trzy*. Trudność ta dotyczy również innych deklinujących części mowy, np. użycia zaimków. W niektórych przypadkach błędna końcówka fleksyjna była – być może – zjawiskiem gwarowym, np. *kolegi* 'koledzy'. W zakresie realizacji kategorii gramatycznych znamienne jest to, że trudność w użyciu zaimka osobowego kompensowana była mówieniem o sobie w 3. osobie liczby pojedynczej, co przypomina prawidłowości w nabywaniu poszczególnych kategorii gramatycznych w ontogenezie języka, np. T. (tu podaje swoje imię w Mianowniku) *nie ma* 'mnie nie było'.

Trudności w realizowaniu gramatycznej kategorii liczby poprzez końcówkę fleksyjną bywają kompensowane poprzez wykładniki leksykalne, np. *tydzień i tydzień* 'dwa tygodnie'; *pięć, sześć, siedem, osiem, dziewięć, hm... piw* 'dziewięć piw'.

Osobny problem dotyczy użycia wyrażeń przyimkowych. Analiza wypowiedzi badanego wykazała, że liczba konstrukcji przyimkowych została znacząco ograniczona, a te nieliczne były zakłócone tak pod względem doboru odpowiedniego przyimka, jak również formy gramatycznej rzeczownika. Redukcję wyrażeń przyimkowych w wypowiedziach badanego ilustrują następujące przykłady: *sobota telefon* 'w sobotę był telefon'; *tydzień* 'w tydzień'; *lato* 'w lecie', a nieprawidłowości w ich użyciu przejawiały się np. w formach: *do domu* 'z domu', 'w domu'. Czasami przyimki substytuowane były użyciem spójnika, np. *pierwsza i piąta* 'od pierwszej do piątej'. Stwierdziłyśmy jednocześnie, że lepiej była zachowana zdolność rozumienia wyrażeń przyimkowych niżeli zdolność poprawnego ich użycia w wypowiedziach¹¹.

Nielicznych czasowników używa chory tylko w tekstach zautomatyzowanych, a te reprezentują kategorię wyrazów pomocniczych, metatekstowych i modalnych,

⁹ Por. definicje nazw „agramatyzm” i „agramatyczny” w *Słowniku wyrazów obcych*. Red. J. Tokarski. Warszawa 1991 s. 11.

¹⁰ W *Słowniku terminologii językoznawczej* Z. Gołąb, A. Heinz i K. Polański (Warszawa 1970 s. 21) przy definicji „agramatyzmu” znajduje się odsyłacz do hasła „afazja”. Agramatyzm wyjaśniany jest tam jako jedno z trzech podstawowych w afazji zaburzeń językowych i oznacza niezdolność łączenia wyrazów w większe całości składniowe, grupy wyrazowe i zdania.

¹¹ Por. na ten temat wyniki badań T. G. Wizel [w: Mierzejewska 1978].

np. *szkola jest 'chodzę jeszcze do szkoły'; słucham?; nie wiem*. Ich forma gramatyczna, wbrew powszechnie panującemu pogładowi, jest osobowa¹². Pojawiają się też przykłady nieosobowych form czasowników, wskazujące na trudności w stosowaniu kategorii koniugacyjnych: *Dziadek spać* 'dziadek śpi' lub formy z błędnymi końcówkami, np. *chrapa* 'chrapią'. Wśród prawidłowo użytych osobowych form czasownika najczęściej występuje forma 2. osoby trybu rozkazującego, np. *Weź!; Spadaj!; Idź!; Chodź!*

Elizje czasownika z wypowiedziach chorego, widoczne w przykładach: *karta i sam telefon* 'sam zadzwoniłem z karty telefonicznej'; *pan* 'pożyczyłem od pana'; *jeden – pieniądze, dwa sobie*, 'jedną [spawarkę] sprzedaliśmy, drugą zostawiliśmy sobie', wskazują na niemożność orzekania o rzeczywistości. Dopiero kontekst wskazuje na znaczenie tych patologicznych realizacji.

Największe trudności chorego wiązały się z użyciem tych kategorii fleksyjnych, które opanowywane są w ontogenezie języka najpóźniej, a do takich należą kategorie: strony, trybu, aspektu. Trudności przysparzało choremu również formułowanie wypowiedzi w mowie zależnej. Ten tryb struktur językowych markowany był poprzez swoiste uporządkowanie słów, np. *lekarz, Tomek przepraszam dziadek* 'lekarz powiedział, żebym przeprosił dziadka'.

Problemy składniowe i fleksyjne znacząco wpłynęły na wydłużanie dialogu i spowolnienie przepływu informacji, tak jak w poniższym przypadku, gdzie uzgadnianie – markowanych jedynie przez mówiącego znaczeń – wymaga serii dodatkowych pytań, które służą wyeliminowaniu powstałe dwuznaczności, np.:

A. *A kiedy ty z nią chodziles [Baśką – była sympatią]?*

B. *Trzy lata.*

A. *Trzy lata temu?*

B. *No.*

A. *A długo?*

B. *Tydzień. Nie! Tydzień i tydzień.*

A. *Dwa tygodnie?*

B. *Nie! czerwiec – tydzień, lipiec – tydzień.*

A. *To dwa tygodnie.*

B. *Nie!*

A. *Dwa miesiące?*

B. *Idź!*

¹² Rozpowszechnione w literaturze afazjologicznej twierdzenie o tym, że chorzy z różnymi formami afazji starają się zastępować bezokolicznikiem formy osobowe czasownika podważa Ż. M. Głozman. Na podstawie przeprowadzonych badań w dwu grupach: osób z afazją i ludzi zdrowych autorka stwierdza, że w mowie spontanicznej i w opowiadaniu afatycy rzadziej posługują się bezokolicznikiem niżeli osoby zdrowe. Również przy powtarzaniu wyrazów afatycy wykazywali tendencję do zastępowania bezokolicznika osobowymi formami czasowników. Ten fakt można tłumaczyć tym, iż bezokolicznik jest najmniej konkretną formą czasownika [Głozman w: Mierzejewska 1978].

A. *Dwa razy? Tydzień w czerwcu, tydzień w lipcu?*

B. *No.*

6. Fonetyka

W zakresie zjawisk fonetycznych największą trudność sprawiają badanemu zjawiska prozodyczne. Wypowiedzi są najbardziej zaburzone pod względem rytmiczności. Przeciągnięcia samogłosek, perseweracje wynikają z zaburzeń melodii kinetycznej. Mowa jest skandowana, niepełna, występują liczne transakcentacje. Te trudności dotyczą dłuższych i rzadziej używanych słów, zwłaszcza tych, które dopiero zaczynają pojawiać się w wypowiedziach chorego. Warto dodać, że niepełność wypowiedzi wzrasta w chwilach zmęczenia lub zdenerwowania. Zachowane są jednak silnie zaznaczone przebiegi intonacyjne. Intonacja wydaje się kompensować zaburzony segmentalnie schemat zdania.

Pod względem prawidłowości i wyrazistości artykulacyjnej w zakresie pojedynczych głosek nie obserwowano u chorego zmian afatycznych. Sporadycznie pojawiały się w wypowiedziach badanego takie zmiany syntagmatyczne, jak: asymilacja, dysymilacja, elizja, metateza czy inne, np. *od-wo-rotnie* 'odwrotnie'.

7. Charakterystyka leksykalno-semantyczna

Statystyka części mowy użytych w wypowiedziach badanego przedstawia się następująco:

rzeczownik – 41,5%

partykuła – 20,5%

liczebnik – 7,5%

zaimek – 7,5%

wykrzyknik – 5,5%

spójnik – 5,0%

czasownik – 4,5%

przymiotnik – 4,5%

przysłówek – 2,5%

przyimek – 1,0%

Wyraźnie zaznacza się niedobór obligatoryjnych członów zdania – czasowników, co zaburza orzekającą funkcję mowy. Niska frekwencja wyrazów wtórnie nazywających – przymiotników i przysłówków – wskazuje na ubóstwo słownika i ograniczenia w stylistycznym zróżnicowaniu wypowiedzi. Niedobór wyrazów funkcyjnych doprowadza w konsekwencji do rozbicia spójności formalnej tekstu i zaburza płynność wypowiedzi.

Analiza ilościowa i jakościowa leksyki odnotowanej w wypowiedziach chorego wskazuje na ograniczenia słownictwa czynnego do rejestru podstawowego.

Potwierdzają również ten fakt przeprowadzone badania fluencji słownej. Chory wymienia dość ograniczoną liczbę wyrazów przynależnych do znanych kategorii leksykalno-znaczeniowych, np. pytany o nazwy zwierząt wymienia jedynie: *pies, kot, koń, szczur, mysz*. Jeszcze trudniej jest z aktualizacją wyrazów ze względu na kryterium formalne, np. na polecenie: wymień nazwy zaczynające się na „k”, podaje: *kosa, krzyżyk, kos*. Największych problemów przysporzyło przypominanie słów ze względu na określone właściwości. Po długim namyśle na pytanie, które przedmioty można uznać za ostre, chory wymienił: *nóż, kosę i nożyczki*.

Sposób nazywania osób wskazuje na charakterystyczne dla badanego wykorzystywanie nazw ogólnych, typu *pan, pani* lub tworzenie neosemantyzmów idiolektałnych, np. *dziadek* 'jakikolwiek mężczyzna w średnim lub starszym wieku'. Stylistyczne nacechowanie wypowiedzi wiąże się z użyciem kolokwializmów oraz elementów żargonowych, np. *spoko, balon* 'biust' i wyrazów obcego pochodzenia, np. *baby* 'dziecko', częstych w gwarze młodzieżowej. Stanom silnego pobudzenia emocjonalnego towarzyszyło używanie przez badanego nacechowanych ekspresywnie form językowych. W sytuacjach emocjonalnych pojawiały się w tekstach badanego wulgaryzmy.

Znaczenie używanych słów nie zawsze jest precyzyjne. Chory wykorzystuje relacje metonimii: *bajka* 'godzina siódma'; *osełka* 'ostrzy przedmiot' lub synonimii, co może prowadzić do zakłóceń w odbiorze tekstu, np.:

A. *U was tam jest jakaś woda?*

B. *Hooo!*

A. *Są stawy?*

B. *Hooo! Stawy? Nie!*

A. *A co, rzeka? Co tam przez K. płynie?*

B. *Nie...*

A. *A co macie tam?*

B. *Duży basen. Duży...*

A. *Acha... I ona [siostra] pływała w basenie?*

B. *Nie! Basen... Boże! Piaski, piaski, no... piaski...*

A. *Piaski? Czyli są jeziora?*

B. *O!*

A. *Tak? Jeziora?*

B. *Yhy!*

8. Wykorzystanie kodów parawerbalnych

Ze względu na trudności w aktualizacji słów i zdań chory częstokroć kompensuje swoje problemy w operowaniu znakami werbalnymi i w rozmowach posiłkuje się kodami parawerbalnymi. Do nich zaliczyć należy konwencjonalne gesty (np. badany uderza się kantem dłoni w szyję na znak picia alkoholu; pokazuje zegarek na znak, że jest późno; otwiera i zamyka oczy na znak, że światło lampki przeszkadza mu w zaśnięciu), zachowania pantomimiczne (np. udaje, że pcha

wózek; demonstruje chód sportowy; wykonuje ruch ręką do kieszeni na znak brania łąpówki). Poza znakami kodu kinezycznego chory wykorzystuje znaki kodu proksemicznego i wykazuje ogromną sprawność w operowaniu przestrzenią komunikacji (np. zmienia dystans wobec interlokutora, sygnalizując zmianę tematu, wykorzystuje definicje deiktyczne, nadaje znaczenie elementom sytuacji i miejscu rozmowy).

Wśród zachowań komunikacyjnych znalazły się też znaki głosowe – należą doń wokalizacje i wykrzyknienia (np. chory mruczy na znak zadowolenia, udaje chrapanie, cmoka w pięść na znak odmowy).

Te niewerbalne znaki zachowań komunikacyjnych obserwowane są również w interakcjach językowych ludzi zdrowych, jednakże pełnią wówczas funkcje pomocnicze lub uzupełniające wobec komunikatu słownego. W opisywanym przez nas przypadku są częstokroć jedyną formą przekazywania informacji, ich frekwencja znacząco rośnie, a kontekst występowania jest często odmienny od modelu interakcji ludzi zdrowych.

Jednakże te strategie służące przełamaniu deficytów afatycznych i nawiązaniu interakcji nie rozwiązywały problemów chorego w komunikowaniu się z otoczeniem. Źródłem zakłóceń komunikacji interpersonalnej były bowiem dodatkowe trudności powstałe na skutek uszkodzeń mózgu: zaburzenia pamięci, emocji, procesów myślowych, a także pisanie, czytania i liczenia.

9. Kalkulia

Zaburzenia dotyczyły zarówno pojmowania struktury liczby, jak też wykonywania operacji liczbowych. Chory postrzegał cyfry prawidłowo i pamiętał ich znaczenie. Trudności występowały przy rozpoznawaniu liczb wielocyfrowych oraz przy wykonywaniu operacji liczbowych wymagających orientacji przestrzennej w strukturze liczb wielocyfrowych. Problemy pamięciowe utrudniały wykonywanie nawet najprostszych działań matematycznych bez pomocy aferencji wzrokowej, np. zapisu. Nie sprawiało natomiast kłopotu wzrokowe odróżnianie cyfr podobnych graficznie czy znaków matematycznych oraz rozumienie wartości liczb, np. liczenie pieniędzy, orientacja na zegarze, podawanie dat, cen, wymiarów itp.:

A. *Ty jesteś tu najwyższy. ile ty masz wzrostu?*

B. *Nie wiem.*

A. *Ale powiedz mi, że dwa metry?*

B. *Metr dziewięć-dziesiąt i pięć.*

W spontanicznych wypowiedziach chorego trudności w operowaniu liczbami kompensowane były poprzez przywoływanie ciągów słownych, nie zawsze zresztą wypowiedzianych przy zachowaniu właściwej kolejności elementów, np. *trzydzieści osiem, dziesięć, dziewięć* 'trzydzieści dziewięć'.

10. Czytanie

U badanego w skład zespołu objawów afazji wchodziły zaburzenia czytania analogiczne do zaburzeń w mowie ekspresyjnej i miały ten sam charakter i głębokość. Aleksja miała charakter afatyczny. Ze względu na charakterystykę błędów w czytaniu została oceniona jako aleksja głęboka. Charakteryzowała się zamianami czytanych liter (paraleksja) i występowaniem błędów derywacyjnych. Chory czytał poprawnie litery: O, E, J, A, Ę, A, I, K, G, C, Z, trudności występowały przy różnicowaniu słuchowym i wskazywaniu wariantów graficznych głosek [z] – [s]; [ż] – [ź]. Pomyłki w czytaniu miały więc charakter fonetyczny, a nie graficzny. W odczytywaniu słów największe problemy dotyczyły rozumienia wyrazów funkcyjnych, następnie czasowników, przymiotników. Najmniej pomyłek występowało przy czytaniu rzeczowników. Rozumienie czytanych słów o znaczeniu konkretnym sprawiało mniejsze trudności niżeli rozumienie słów abstrakcyjnych. Taki właśnie rodzaj zaburzeń jest charakterystyczny dla afazji Broca ze względu na redukcję znaczeń abstrakcyjnych na rzecz treści konkretnych oraz niemożność transformacji grafemów w morfemy [Kądziałowa 1996].

11. Pisanie

U chorego utrzymywały się objawy dysgrafii. Z trudem zapisywał proste wyrazy, np.: *lis, dom, koza, rower, Polska*, głoskując przy tym kilkakrotnie i wspomagając się przypomnieniem bardziej utrwalonych wyrazów, które zawierają poszczególne głoski, np. *E* jak *Ewa*. Jeszcze większe problemy pojawiały się przy próbach pisania krótkich zdań, np. *Jest ładna pogodna*. Zapisując dłuższe wyrazy, np. *papieros*, chory uciekał się do przepisywania nazwy z pudełka papierosów wyjętego z kieszeni.

Zaburzenie ruchowych wzorców wyrazów objawiały się wtórnie w analizie i syntezie wzrokowo-literowej, stąd w pisanych wyrazach pojawiały się opuszczenia lub epentezy. Ta sama przyczyna powodowała to, że chory nie zawsze właściwie wskazywał wyraz zapisany poprawnie wśród wyrazów zapisanych z błędami. Wzrokowe wzorce wyrazów były zachowane, stąd nie było trudności w czytaniu globalnym.

12. Rozumienie mowy

Percepcja słuchowa tekstu słownego była u chorego zachowana. W zakresie słuchu fonematycznego nie było znaczących deficytów. Sporadyczne pomyłki można tłumaczyć obniżeniem uwagi słuchowej. Znacznie natomiast zaburzone było rozumienie dłuższych tekstów. Ta trudność sensoryczna w odbiorze złożonych form wypowiedzi ma charakter wtórny wobec zaburzeń motorycznych w ge-

nerowaniu tekstu. Chory nie zawsze adekwatnie odpowiadał na pytania dotyczące odczytanego mu lub opowiedzianego tekstu.

W przypadku krótszych tekstów trudności interpretacyjne dotyczyły zwłaszcza znaczenia związków frazeologicznych i wyrażeń przysłowiowych. Sensy takich tekstów chory sprowadzał do znaczeń konkretnych, metaforyczne treści nie były często rozumiane. I tak, wyrażenie *ostrzy język* odnosił do 'człowieka złośliwego', *gołębim sercem* nazwał 'człowieka o małym sercu', a *żelazną rękę* rozumiał jako 'bardzo silną'. Błędy tego rodzaju pojawiały się w ponad połowie przeprowadzonych prób. Nieco lepiej wypadły ćwiczenia w interpretacji przysłów, np.: *Kto pod kim dolki kopie, ten sam w nie wpada*; *Niedaleko pada jabłko od jabłoni*; *Nie wszystko złoto, co się świeci*. Przy próbach interpretacji tych tekstów, po pewnych wahaniach, skłonny był przypisać przysłowiom znaczenia metaforyczne.

Kategoryzacja przedmiotów według wyabstrahowanych cech nie sprawiała badanemu większych trudności i zadania takie wykonywał zwykle poprawnie. Trudności pojawiały się natomiast przy nazwaniu kategorii, według której porządkował przedmioty, np. nie mógł przywołać nazw: *zwierzęta, przybory toaletowe, przybory do szycia, przybory do pisania*.

Znamienne jest, że w każdym typie zadań kilka pierwszych prób wykonywanych było niepomyślnie, podczas gdy ostatnie realizował poprawnie. Taki stan rzeczy można tłumaczyć dużymi możliwościami w zakresie uczenia się. Na przykład w ostatnim ćwiczeniu z zakresu kategoryzacji przedmiotów pojawiła się próba podania kategorii nadrzędnej w postaci słowa: *pisze*.

Badanie rozumienia obejmowało ćwiczenia w pojmowaniu gramatycznych konstrukcji wyrażonych w stronie czynnej i biernej z szykiem prostym i przestawnym (wskaźnikiem rozumienia miało być pokazanie odpowiedniego obrazka). Chory traktował pierwszy rzeczownik występujący w zdaniu jako podmiot, np. w zdaniu *Dziewczynka jest myta przez matkę* jako agensa wskazywał *dziewczynkę*. Ten typ trudności występuje zwykle przy afatycznych zaburzeniach mowy i nie jest specyficznym objawem afazji motorycznej kinetycznej.

Rozumienie niektórych poleceń złożonych, np. *Pokaż duży niebieski kwadrat, a potem małe zielone kółko* lub *Najpierw dotknij prawą ręką lewego ucha, a potem zamknij oczy* bywało zaburzone z powodów mnesticznych. Chory nie utrzymywał w pamięci słuchowo-werbalnej tak długich ciągów słów i nie był w stanie prawidłowo wykonywać podanych poleceń.

VIII. CHARAKTERYSTYKA ZACHOWAŃ EMOCJONALNYCH

Osoby z afazją, poza trudnościami w porozumiewaniu się z otoczeniem za pośrednictwem słów, przejawiają dodatkowe zaburzenia wynikające z uszkodzenia mózgu. Długotrwałe naruszenie sprawności organizmu, np. w zakresie samo-

obsługi, lokomocji, zaspokajania potrzeb życiowych (osobistych, zawodowych, towarzyskich itp.) wpływa znacząco na stan psychiczny chorego. Reakcją na długotrwałą chorobę i kalectwo jest ucieczka przed trudnościami, stany depresyjne, brak stabilizacji uczuciowej, przeżywanie silnych lęków, a zwłaszcza lęku o własne zdrowie [Maruszewski 1974].

U badanego zauważyć można rezygnację z podejmowania wysiłków w celu porozumiewania się z otoczeniem, prób wykonywania zaleceń osób logopedy, przełamывania trudności związanych z rehabilitacją.

A. *Opowiedz, co widzisz na tym rysunku?*

B. *Co? Idź! nie!*

A. *Dlaczego?*

B. *Pusta pała!*

Świadomość kalectwa, niemożność realizacji planów życiowych, utrata wiary w możliwość poprawy własnego stanu powodowały stany przygnębienia, depresji, a nawet przywoływały myśli o samobójstwie.

A. *Wierzę, że masz już za sobą wszystkie nieszczęścia.*

B. *A może, może... może...*

A. *Na pewno!*

B. *Ja stryczek, stryczek...*

A. *Nie opowiadaj takich rzeczy!*

[...]

A. *Musisz spotkać kogoś, porozglądaj się!*

B. *Koledzy? Po co?*

A. *Może jakaś kobieta?*

B. *Ruski miesiąc! Acha! Mama – Justyna, Kaśka – żenić!*

A. *Wysła Cię, żebyś się żenił?*

B. *No i to... [pokazuje gestem, że się nie porozumie]*

A. *Ale ty ćwiczyć nie chcesz...*

B. *Ja? Nigdy, zero, zero!*

W kontaktach interpersonalnych obserwuje się u chorego wzrastającą nerwowość, znaczne wahania nastroju, brak stabilizacji uczuciowej. Badany przechodził nagle z nastroju wesołego, często nieadekwatnego do sytuacji, w nastrój smutku i poczucia beznadziejności. Zwykle miewał wyostrzony krytycyzm wobec własnych zachowań językowych, ale czasami bagatelizował swoje trudności. Te wahania leżały u podstaw reakcji psychosomatycznych (pocenia się). I chociaż chory adekwatnie oceniał swoje reakcje emocjonalne, to jednak miał ograniczone możliwości ich kontrolowania; por.:

A. *A jak ty powiedziałeś temu panu?*

B. *Dzisiaj?*

A. *Nie, wtedy.*

B. *Spadaj.*

A. *W jakiej sytuacji?*

- B. *WC, WC! O! dziadek* [pantomima, jak ktoś zagląda]. *Idź, [...], stąd! Nie! Nie! Stop, stop, stop, stop!* [pantomima, jak ktoś się rozgląda].
- A. *Ty byłeś w WC, a on stoi i rozgląda się? Zdenerwowałeś się, bo chciałeś zostać sam?*
- B. *No! A co?*
- A. *Oj, nie będziesz miał lekkiego życia, jesteś przekorny.*
- B. *Nerwy, nerwy, nerwowy.*
- A. *A ty też kiedyś zdenerwowałeś się na mnie.*
- B. *Ty? A! No! Raz, raz, pier... pierwszy* [uderza mocno w mikrofon] *Idź! Idź stąd! O, Boże!*

W chwilach podniesionego nastroju chory często reagował śmiechem lub też humorem językowym; por.:

- A. *Wymień nazwy zwierząt.*
- B. *Baba* [śmieje się].
[...]
- A. *Wymień wyrazy zaczynające się na „k”.*
- B. *Kasia, Kasia, Kasia* [śmieje się – to imię sympatii badanego].
[...]
- A. *Wymień przedmioty ostre.*
- B. *O baby, baby ostre* [śmieje się].

Większość zachowań chorego miała zabarwienie emocjonalne, stąd językowe znaki i oznaki emocji pojawiały się dość często w jego wypowiedziach. Należą do nich m. in. wykrzykniki i wykrzyknienia, np.: *Och!*; *Ho ho ho!* *Ooo!*; *Acha!*; *Eee!*; *Hooo!*; *Ale życie!*; *Ale laska!*; *O Boże!*; *O Jezu!* Te przejawy ekspresywności są typowe również dla potocznej odmiany języka.

IX. POROZUMIEWANIE SIĘ Z OTOCZENIEM

Afatyczne ograniczenia w użyciu pełnego bogatego repertuaru środków językowych nie znosiły możliwości chorego w komunikowaniu się z otoczeniem. System zachowań komunikacyjnych został jednak w znacznym stopniu ograniczony, stąd wzrosła rola kontekstu językowego i pozajęzykowego w odczytywaniu sensów wypowiedzi patologicznych. Zmieniła się też rola interlokutora, który w akcie komunikacji językowej musiał używać różnorodnych strategii służących zdekodowaniu intencji komunikacyjnych. Patologiczna w swej warstwie formalnej wypowiedź stawała się zrozumiała dzięki wysiłkom odbiorcy skierowanym na odtworzenie struktury głębokiej tekstu, a przez to odkrycie zamysłu wypowiedzi chorego.

Afatyczne trudności w tworzeniu wariantów stylistycznych tekstu w zależności od funkcji komunikatu, pozycji odbiorcy i sytuacji mówienia powodowały trudności w realizowaniu językowych reguł społecznych i sytuacyjnych. Chory nie dysponował językowymi środkami, które zaznaczałyby społeczną rangę rozmówcy

(równorzędna / nierównorzędna), typ kontaktu pomiędzy nim a jego interlokutorem (trwały / nietrwały) czy też typ sytuacji, w której następowała interakcja (oficjalna / nieoficjalna) [Grabias 1997].

Funkcje pragmatyczne wypowiedzi chory realizował poprzez wspieranie się kodami parawerbalnymi lub korzystanie z aktywnej postawy rozmówcy w eksplikowaniu znaczenia swoich komunikatów. Brak efektywnej współpracy ze strony interlokutora częstokroć uniemożliwiłby porozumienie się. Komunikacja okazywała się możliwa poprzez nawiązanie do wspólnej rozmówcom wiedzy o świecie i na jej podstawie wnioskowanie odbiorcy o sensie zaburzonych i niepełnych wypowiedzi chorego, por.:

- A. *A ty lubisz pływać?*
 B. [Kręci głową, że nie].
 A. *A pływasz w ogóle?*
 B. [Kiwa głową, że tak].
 A. *Ale nie lubisz?*
 B. *Dwa lata nie.*
 A. *Nie pływałeś?*
 B. *Nie.*
 A. *A powiedz, czy tutaj nie warto by było pływać?*
 B. *Eee!*
 A. *To dobrze robi na sprawność. Nie zalecał Ci lekarz?*
 B. *Tak! Ja nie!*
 A. *A czemu?*
 B. *A tak!*
 A. *Ale czemu?*
 B. [Milczy].
 A. *Jakie masz opory? Nie lubisz wody?*
 B. *Tak!*
 A. *Nie lubisz wody!? A co, ty topiłeś się może kiedyś?*
 B. *Siostra.*
 A. *Siostra się topiła?*
 B. [Kiwa głową, że tak].

Kompetencja językowa, rozumiana jako wiedza o użyciu znaków i reguł języka, była u chorego zachowana w znacznym zakresie. Rozumienie tekstów, chociaż zakłócone w przypadku bardziej złożonych form, nie wpływało znacząco na zaburzenia komunikacji. Różne trudności należy dopatrywać się w przypadku opisywanego mężczyzny w ograniczeniu sprawności realizacyjnych [Grabias 1997].

Taki stan rzeczy wskazuje kierunek prowadzenia terapii logopedycznej. Celem ćwiczeń powinno być usprawnienie realizacji wypowiedzi. Zachowany dostęp chorego do kompetencji językowej umożliwi kontrolę własnych wypowiedzi, a przez to możliwość samodzielnego korygowania realizacji niepoprawnych, patologicznych.

X. TERAPIA LOGOPEDYCZNA

Terapia zaburzeń afatycznych obejmuje pobudzenie aktywności językowej w celu stymulacji procesu spontanicznej samoistnej kompensacji oraz przyspieszenia tempa cofania się objawów zahamowanych i zaburzonych funkcji mowy, a także przełamywanie trwałych trudności w językowym porozumiewaniu się osób z uszkodzeniami mózgu.

Głównym zadaniem wczesnego okresu rehabilitacji logopedycznej pacjentów z afazją po urazach mózgowo czaszkowych jest rozhamowanie mowy. Wówczas, bezpośrednio po wystąpieniu urazu mózgu, postać afazji nie jest jeszcze znana, a część objawów ma charakter czynnościowy i neurodynamiczny. Dopiero po ustąpieniu tych objawów możliwa jest bardziej precyzyjna diagnoza logopedyczna, obejmująca ocenę utraconych i zachowanych zdolności językowych, a wyniki tej diagnozy mogą stanowić podstawę wyboru odpowiednich strategii postępowania reedukacyjnego.

Celom tym podporządkowane są osobne metody. Maruszewski [1974] wyróżnia trzy grupy metod i omawia ich teoretyczne podstawy:

Metody bezpośrednie, które mają zastosowanie w wypadku, gdy istnieją przesłanki, aby przypuszczać, że dzięki niepełnej dominacji dla mowy półkuli uszkodzonej druga półkula ma jakby zwiększoną gotowość do przejęcia danej funkcji. W takich sytuacjach metody ćwiczenia bezpośredniego polegają na zastosowaniu specjalnych technik reedukacji, służących ćwiczeniu dokładnie tego, co stanowi przeszkodę w sprawnym porozumiewaniu się.

Metody pośrednie (okrężne) mają szczególnie duże znaczenie we wszystkich tych wypadkach, kiedy w wyniku uszkodzenia wyraźnie dominującej dla mowy półkuli trwałemu zniszczeniu uległy struktury związane z językowym porozumiewaniem się. W takiej sytuacji chory musi opanować czynności porozumiewania się, przynajmniej częściowo, od nowa, w sposób różny od dotychczasowego.

Metody uprzedzania polegają na zapobieganiu, powstającym w wyniku zaburzeń afatycznych, niekorzystnym zmianom psychogennym (np. wycofywanie się z prób językowego porozumiewania się) lub nieudanym i mało skutecznym próbom przystosowywania się chorego do zaistniałych trudności.

1. Postępowanie logopedyczne we wczesnym okresie po urazie

W początkowym okresie choroby, gdy precyzyjna diagnoza afazji nie była możliwa, a głębokość i charakter zaburzeń językowych wyznaczane były przez zmiany neurodynamiczne, procedura logopedyczna polegała na aktywizowaniu spontanicznego powrotu czynności zaburzonych i „zahamowanych” oraz zapobieganiu wystąpienia niekorzystnych dla chorego objawów psychogennych (logofono-

bii). Dla osiągnięcia tych celów stosowano metody bezpośrednie, podporządkowane dwóm zasadom [Maruszewski 1974]:

- stymulacji (pobudzaniu) do mówienia poprzez stwarzanie sytuacji, w których chory, aby uzyskać jakąkolwiek pomoc od otoczenia, musi zwracać się słownie, prośby zaś wyrażane w inny sposób nie są spełniane¹³;
- rozhamowywania (wyzwalania) mowy [Szachor-Trockaja 1966] poprzez pozytywne ocenianie wszystkich, mniej lub bardziej udanych, prób językowego komunikowania się z otoczeniem oraz wykazywanie choremu, że wykonanie danej czynności jest dla niego w pewnym zakresie możliwe.

Rozumienie wypowiedzi słownych było stymulowane poprzez podniesienie ogólnej aktywności, szczególnie uwagi słuchowej. Dlatego też stosowano w terapii zestawy zadań wyzwalających aktywność chorego, np. polecenia gestowe, a dopiero w dalszej kolejności polecenia słowne. Kolejne ćwiczenia miały służyć temu, by słowa orzekające (najczęściej chodziło o czasowniki) stawały się podstawą „biernego” słownictwa chorego, stanowiły podłoże jego „mowy wewnętrznej” i zapobiegały pojawianiu się agramatyzmów.

Na tym etapie reedukacji wykorzystywano czasem różnego rodzaju gry (warcaby, gry konstrukcyjne, puzzle) oraz albumy i foldery. Terapeutyczny walor tego typu zajęć polegał na tym, że uwaga pacjenta przenosiła się z ekspresji słownej na działalność innego typu, przez co mowa stawała się aktem mimowolnym, a pacjent był w stanie wypowiadać niektóre frazy. Mowa miała charakter sytuacyjny. Gra wytwarza również korzystne dla terapii tło emocjonalne, które zmniejsza inercyjność aktywności słownej.

Dobłą pomocą w wyzwaniu aktywności słownej chorego był też zestaw zadań o dużym ładunku emocjonalnym, tzn. zawierających polecenia, prośby, zaproszenia lub wyrażające zgodę, aprobatę, sprzeciw, wątpliwość. Zaburzenia w rozumieniu tekstów towarzyszące głębokiej afazji ruchowej miały, w opisywanym przypadku, charakter wtórny i były uwarunkowane procesami inercyjnymi, obniżającymi u chorego możliwość skupiania uwagi na zmieniających się elementach słyszanej wypowiedzi. W celu pobudzenia funkcji rozumienia tekstu i zapobiegania powstawaniu „stylu telegraficznego”, który ujawnia zaburzenia „mowy wewnętrznej”, wprowadzane były ćwiczenia stymulujące rozumienie czasowników, przymków i przysłówków. W dalszej kolejności materiałem ćwiczeniowym były zdania z rozbudowaną grupą orzeczenia, a więc okolicznikami czasu, miejsca, przyczyny, celu itd. Włączano te części mowy w zdania układane z rozsypanek wyrazowych i poddawane próbom czytania.

Do ćwiczeń wyzwalających reakcje werbalne u badanego pacjenta z afazją w pierwszym etapie terapii wykorzystano znane piosenki disco-polo, ciągi słowne,

¹³ Oczywiście stosowanie tej reguły nie może być zbyt rygorystyczne i musi uwzględniać możliwości chorego.

uzupełnianie przyszłów, dopowiadanie nazw przedmiotów lub czynności. W wyborze materiału uczestniczył pacjent.

Pierwsze techniki miały na celu przezwycięzenie perseweracji i odblokowanie mowy. Zadania polegały np. na wydzieleniu poszczególnych słów z ciągów zautomatyzowanych. Uzyskiwano to poprzez powolne powtarzanie, z lekkim przeciąganiem samogłosek, elementów ciągu. Chory powtarzał najpierw ciągi równocześnie z logopedą, następnie samodzielnie. Powtarzanie słów i fraz odbywało się z zachowaniem kolejności elementów. Efektywnych ćwiczeń w zakresie aktywizacji mowy i zwalczania perseweracji dostarczył materiał liczbowy. Chory zliczał np. przedmioty z najbliższego otoczenia, wskazywał na planszy odpowiednią cyfrę, a następnie nazywał ją wspólnie z logopedą.

Wykorzystano przy tym metody oparte na wzrokowej analizie wyrazu. Wzrokowy obraz wyrazu, jako zewnętrzny schemat pozycji elementu w ciągu, ułatwiał realizację ciągu fonicznego. W dalszej kolejności ćwiczenia polegały na wyłonieniu poszczególnych elementów z zautomatyzowanego ciągu i użyciu ich w odpowiednich kontekstach. Chory odpowiadał np. na pytania: *Jaki jest piąty miesiąc roku? Jaki dzisiaj jest dzień? Ile jest osób na twojej sali?*

Zachowane wzorce graficzne wyrazów były w terapii chorego podstawą do odbudowy mowy spontanicznej. Wzięto tu pod uwagę stan funkcji mowy z okresu przedchorobowego. U badanego – ucznia, który opanował już biegle czytanie, wykorzystano tę zdolność do odblokowania mowy. W omawianym przypadku było to czytanie całościowe, globalne, oparte na rozpoznawaniu słów i kojarzeniu ich z przedmiotami lub sytuacją. Chory nie był zdolny do poprawnego wymówienia danego słowa. Czynnikiem sprawczym zaburzeń w głośnym czytaniu tekstu w przypadku opisywanej afazji ruchowej było zahamowanie mowy, zaaranżowano więc proces odblokowania mowy tak, by w skróconej formie przypominał kolejność rozwoju funkcji mowy u człowieka. W pierwszym etapie rehabilitacji zalecono czytanie ciche i unikano zadań obejmujących czytanie liter i sylab, jako że te formy były niedostępne choremu. W późniejszym okresie terapii sylabizowanie pomagało jednak w utrwalaniu ruchowego wzorca słowa.

Opracowywane wyrazy nie zawierały szczególnie trudnych zbitek spółgłoskowych. W celu uniknięcia błędów artykulacyjnych, powstających w trakcie czytania m.in. przez antycypację następnych części wyrazu, wykorzystywano ramkę, która odsłaniała jedynie tę sylabę, która miała być aktualnie odczytana. Po kilkakrotnym przeczytaniu pewnej sekwencji wyrazów chory odtwarzał je z pamięci. W celu ułatwienia do ćwiczeń stosowano teksty rymowanych wierszy.

Powyższe techniki dodatkowo wzbogacano zapisywaniem głośno wymawianych słów (co wymagało analizy dźwiękowej), wyszukiwaniem i podkreślaniem w tekście, odczytywaniem, w końcu zapisywaniem ćwiczonych słów lub łączeniem ich w związki wyrazowe. W ćwiczeniach wykorzystano rytmiczno-melodyczny aspekt mowy, co sprzyjało rozhamowaniu jej sfery motorycznej. Chory usłysza-

wszy zdania wygłoszone przez logopedę lub odtworzone z taśmy magnetofonowej, odstukiwał ręką rytm frazy najpierw z jednoczesnym powtarzaniem, następnie bez udziału głosu. Do ćwiczeń tych wykorzystywano znane choremu wiersze i piosenki.

Po opanowaniu przez badanego umiejętności odtwarzania rytmiczno-melodycznego konturu tekstu zastosowano ćwiczenia wymagające od niego aktywności słownej, wykorzystując metodę kończenia frazy. Logopeda wypowiadał zdanie bez kończącej intonacji i podawał choremu odpowiedni rysunek. Pacjent kończył zdanie wyrazem sugerowanym przez rysunek. Początkowo dobierano zdania o oczywistym zakończeniu, w dalszej kolejności zdania dające minimalną alternatywę ich zakończenia tak, by prawdopodobieństwo odnalezienia właściwego słowa było wysokie, np. *Wyrzaleam przez okno i zobaczyłem, że pada... (śnieg, deszcz, grad); Dzisiaj w telewizji nie ma interesujących... (filmów, programów)*. Metoda ta miała prowadzić do odbudowania umiejętności aktywnego wyboru słów oraz ich wygłaszania.

Stymulowanie samodzielnych wypowiedzi w przypadku prezentowanej afazji ruchowej rozpoczynało się od udzielania odpowiedzi na pytania: początkowo jednosłownych (np. *tak; nie; dobrze; źle; wczoraj; dzisiaj*), a następnie wielosłownych zawierających słowa występujące w pytaniu. Dla wzmocnienia kontroli chorego stosowano także tzw. zdania prowokacyjne, tzn. sprzeczne z sytuacją, rysunkiem lub wypowiedzią.

Trzytygodniowy okres terapii logopedycznej we wczesnym okresie po wystąpieniu urazu mózgowo-czaszkowego wykazał duże możliwości chorego w zakresie kompensacji utraconych funkcji oraz wskazywał na kinetyczny typ zaburzeń ruchowych.

Na tym etapie ćwiczeń rehabilitacja mowy została przerwana, chory wrócił do domu, a następnie przebywał przez rok w ośrodku rehabilitacji ruchowej dla dzieci, gdzie nie był poddawany terapii logopedycznej.

2. Postępowanie logopedyczne w dwa lata i trzy miesiące po urazie

Po dwuletniej przerwie w rehabilitacji mowy zauważono u chorego objawy tzw. fałszywej kompensacji, tzn. pojawienie się „stylu telegraficznego”, agramatyzmów i zaburzenia płynności mowy. Brak systematycznej opieki logopedycznej i stymulacji w powrocie utraconych funkcji mowy spowodował zjawiska patologiczne, które utrwały się jako nawyki mówienia. Chory nie podejmował prób mówienia zdań, a jego aktywność słowna była zablokowana wzrastającą frustracją z powodu problemów komunikacyjnych.

Rehabilitację rozpoczęto od ćwiczeń w prowadzeniu dialogu. Na tym etapie terapii wykorzystano następujący schemat ćwiczeń:

- a) powtarzanie przez chorego podanej mu odpowiedzi na pytanie;

b) podpowiadanie choremu pierwszych sylab każdego słowa, a następnie sylaby słowa rozpoczynającego zdanie;

c) tworzenie zdania z podanych przez logopedę słów;

d) budowanie samodzielnych odpowiedzi na pytania.

W celu przezwyciężenia „stylu telegraficznego”, objawiającego się trudnościami w tworzeniu zdań zarówno w ustnej, jak i pisanej odmianie języka, procedura logopedyczna podporządkowana była odbudowaniu dynamicznych schematów zdań. W terapii pomocne okazały się kolorowe kartoniki, gdzie każdemu kolorowi przyporządkowana jest określona funkcja składniowa: kto? co?, co robi?, kogo? co? Wykorzystując obrazki sytuacyjne, chory układał zdania do obrazków, posługując się schematem składniowym ułożonym z kartoników (np. *Mama gotuje obiad; Dziewczyna sprząta mieszkanie*). Chory powtarzał i zapisywał ułożone zdania.

Następnie dokonywano prób samodzielnego formułowania prostych zdań na podstawie obrazków ilustrujących elementarne czynności, np. *Kobieta idzie; Dziecko biegnie; Mężczyzna prowadzi samochód; Lekarz bada chłopca*. Zadanie chorego polegało na ułożeniu pod obrazkiem wyrazów w odpowiednim porządku, które tworzyłyby poprawne gramatycznie zdanie, a następnie odczytanie tego zdania i jego zapisanie. Kolejnym krokiem było uzupełnianie brakujących części zdania, np. *Kobieta ...; Dziecko ...; Mężczyzna ...; Lekarz ...* i odpowiednio: *... idzie; ... biegnie; ... prowadzi samochód; bada chłopca oraz Mężczyzna ... samochód; Lekarz chłopca*. Ćwiczenia te miały prowadzić do uświadomienia choremu różnych funkcji wyrazu w zdaniu: podmiotu, orzeczenia, dopełnienia oraz ich pozycji składniowej.

Kolejnym etapem ćwiczeń było tworzenie według prezentowanych standardów składniowych całych serii zdań, w których ustalone pozycje poszczególnych części zdania wypełniane były różnym materiałem leksykalnym, np. *Kobieta idzie; Dziecko idzie; Mężczyzna idzie; Lekarz idzie*. W tym ćwiczeniu wskazywano na ograniczenia łączliwości semantycznej wyrazów, np. połączenia *Dziecko prowadzi samochód* czy *Dziecko bada chłopca* są sensowne tylko w określonych kontekstach, np. w sytuacji zabawy. W dalszej kolejności podstawowy schemat składniowy rozbudowywany był poprzez dodawanie określeń, np. *Młoda kobieta idzie; Młoda kobieta idzie szybko* itp. Ćwiczenia te miały prowadzić do odbudowania umiejętności aktualizacji elementarnych i rozbudowanych schematów składniowych i wypełniania ich leksyką adekwatną do opisywanych obrazków. Po opanowaniu struktur składniowych chory odpowiadał na pytania zadawane do poszczególnych obrazków. Pytania stawiane były tak, by zawierały elementy potrzebne do sformułowania odpowiedzi, a zadanie chorego polegało na inwersji tych elementów i uzupełnieniu ich o brakujący człon, np. na pytanie logopedy: *Jaka kobieta idzie?* chory odpowiada: *Idzie młoda kobieta*; na pytanie: *Co robi młoda kobieta?* odpowiedź powinna brzmieć: *Młoda kobieta idzie* itd.

Inne ćwiczenia stosowane w omawianym przypadku polegały na prezentowaniu choremu zdań z lukami, które ten wypełniał odpowiednimi wyrazami bądź zwrotami. Uzupełnienia brakujących elementów były wybrane spośród kilku podanych w różnych formach gramatycznych. W innych próbach chory miał za zadanie utworzyć odpowiednią formy gramatycznej wyrazu w zależności od kontekstu składniowego lub też uzupełnić zdanie odpowiednim, wymyślonym przez siebie wyrazem. Ćwiczenia te obejmowały także próby kończenia rozpoczętych zdań tak, by stanowiły one logiczną całość (np. *Zostałem w domu, bo ...; Zbliżają się Święta, więc ...*).

Występujące u chorego agramatyzmy ruchowe przewyciężano poprzez układanie, a następnie odczytywanie i przepisywanie zdań z rozsypanek wyrazowych czy też klasyfikowanie wyrazów ze względu na tożsamość formy gramatycznej (np. pod względem przypadku, rodzaju). Stosowanym utrudnieniem były zadania na dobieranie wyrazów należących do różnych paradygmatów fleksyjnych. Celem terapii było również przywrócenie czynności spontanicznego mówienia, stąd wprowadzono ćwiczenia nad odbudowaniem umiejętności formułowania pytań przez samego pacjenta. Ta zdolność jest też jedną z ważniejszych umiejętności, które umożliwiają choremu w codziennej komunikacji zaspokajanie jego potrzeb poznawczych oraz inicjowanie dialogu. Formułowanie pytań dotyczy każdego elementu struktury zdania. Poprzez wykorzystanie odpowiednich zaimków, np. *jak? kto? co?* Chory buduje wypowiedzi pytające: *Jaka kobieta idzie? Kto idzie? Co robi kobieta? Jak idzie młoda kobieta?*

Przedstawiona wyżej metodyka pracy z chorym stosowana była przez trzy tygodnie. Trudno jednoznacznie ocenić jej efektywność. W sytuacjach eksperymentalnych w trakcie zajęć logopedycznych zauważalne było podnoszenie się sprawności chorego w formułowaniu zdań i świadomego używania konstrukcji gramatycznych.

Niestety, nawyki mowne posługiwania się przez długi czas „stylem telegraficznym” powodowały, że w spontanicznych interakcjach słownych zawodziło kontrolowanie wypowiedzi i chory nie podejmował prób doskonalenia swojej mowy. Dodatkowym czynnikiem ograniczającym skuteczność rehabilitacji były trudności natury emocjonalnej, niechęć do inicjowania zachowań słownych.

XI. ROKOWANIA I WSKAZÓWKI TERAPEUTYCZNE

Dynamika obrazu zaburzeń afatycznych w zaprezentowanym wyżej studium przypadku wydaje się typowa. W literaturze przedmiotu podkreśla się ryzyko wystąpienia fałszywych kompensacji u chorych z afazją na skutek braku stymulacji i profesjonalnej opieki logopedycznej lub też stosowania niewłaściwych metod terapii przez logopedów. Przejawem fałszywej kompensacji przy uszkodzeniach

okolicy Broca i w przypadkach afazji ruchowej eferentnej jest zwykle „styl telegraficzny”, agramatyzmy, a także zachowania pantomimiczne.

Rokowania dotyczące dalszej rehabilitacji pacjenta są umiarkowanie optymistyczne. Z jednej strony rodzaj patomechanizmu (udar mózgowo-czaszkowy), młody wiek chorego, dobry stan kliniczny, ogólna sprawność fizyczna i przyjazna atmosfera domowa przemawiają za dużymi możliwościami w zakresie restytucji mowy. Z drugiej zaś strony, powstałe nawyki mowne, utrwalona patologia oraz czynniki natury osobowościowo-emocjonalnej ograniczają ten potencjał w znacznym stopniu.

Wskazania dotyczące dalszej terapii chorego obejmowałyby konieczność systematycznej pracy logopedy, wspartej jednak terapią psychologiczną. Dużą stymulacją dla językowej aktywności chorego i podniesienia jego sprawności językowych mogłoby być poszerzenie interakcji społecznych i włączenie się do jakiejś grupy rówieśniczej, gdzie chory mógłby realizować swoje zainteresowania i pasje.

Bibliografia

- Badania lingwistyczne nad afazją (1978). Red. H. Mierzejewska, Wrocław.
- Bannister R. (1992). Neurologia kliniczna. Tł. W. Moskal, Bielsko-Biała.
- Evans J. D. (1985). Invitation to Psychological Research, New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Grabias S. (1997). Język w zachowaniach społecznych, Lublin.
- Grabias S. (1997 a). Mowa i jej zaburzenia. „Audiofonologia” 10, 9-36.
- Janas-Kaszczuk J., Tarkowski Z. (1991). O metodologii logopedii, Lublin.
- Jaworska-Obój Z. (1985). Studium przypadku jako metoda diagnozy klinicznej. W: Materiały do nauczania psychologii. Seria III. T. 4. Red. L. Wołoszynowa, Warszawa, s. 365-387.
- Kaczmarek B. L. J. (1993). Płaty czołowe a język i zachowanie człowieka, Wrocław-Lublin.
- Kądzielawa D. (1996). Afazja. W: Zaburzenia w funkcjonowaniu człowieka z perspektywy neuropsychologii klinicznej. Red. A. Herzyk, D. Kądzielawa, Lublin, s. 53-86.
- Łucki W. (1995). Zestaw prób do badania procesów poznawczych u pacjentów z uszkodzeniami mózgu, Warszawa.
- Łuria A. R. (1967). Zaburzenia wyższych czynności korowych wskutek ogniskowych uszkodzeń mózgu. Wprowadzenie do neuropsychologii. Red. I. Wald, Warszawa.
- Maruszewski M. (1966). Afazja. Zagadnienia teorii i terapii, Warszawa.
- Maruszewski M. (1974). Chory z afazją i jego usprawnianie, Warszawa.
- Pąchalska M. (1999). Afazjologia, Warszawa-Kraków.
- Przesmycka-Kamińska J. (1980). Zaburzenia porozumiewania się słownego z otoczeniem w afazji, Wrocław.
- Rehabilitacja chorych z afazją (1978). Red. M. T. Nowakowska, Wrocław.
- Sochor-Trockaja M. K. (1972). Łogopediczeskaja rabota pri afaziji na ranniem etapie wosstanowlenija, Moskwa.
- Szumaska J. (1980), Metody rehabilitacji afazji, Warszawa.
- Walsh K. (1998). Neuropsychologia kliniczna, Warszawa.
- Warchala J. (1991). Dialog potoczny a tekst, Katowice.