

**Lidia Sikora**

Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna, Syców

## **O terapii logopedycznej pacjentki z afazją sensoryczno-motoryczną. Opis przypadku**

### **On the Speech Therapy of a Sensorimotor Aphasic Patient. A Case Study**

Opisywany przypadek dotyczy terapii logopedycznej K. G. – pacjentki Oddziału Neurologicznego Górnośląskiego Centrum Rehabilitacji w Tarnowskich Górach. U pacjentki stwierdzono afazję sensoryczno-motoryczną po operacji usunięcia krwiaka śródmózgowego okolicy czołowej lewej. Opisywana terapia była prowadzona w trakcie szkolenia logopedów, a w momencie jej rozpoczęcia pacjentka była już objęta opieką logopedyczną. W związku z tym terapia jest kontynuacją ustalonych wcześniej form pracy, ale została uzupełniona dodatkowymi propozycjami ćwiczeń.

#### **I. AFAZJA – TEORETYCZNE PODSTAWY DIAGNOZY I TERAPII**

Istnieje wiele definicji afazji. M. Maruszewski [1966 s. 98] definiuje ją następująco: „[...] afazja to spowodowane organicznym uszkodzeniem odpowiednich struktur mózgowych częściowe lub całkowite zaburzenie mechanizmów programujących czynności mowy u człowieka, który uprzednio opanował te czynności”. Należy pamiętać o tym, że deficyty te dotyczą rozumienia mowy i jej ekspresji oraz umiejętności czytania i pisania.

D. Kądziaława [1998] zwraca ponadto uwagę na znaczną zmienność występowania i nasilenia objawów afazji u poszczególnych pacjentów oraz na zmienność objawów obserwowanych u danego pacjenta.

W związku z powyższym ustalenie właściwej diagnozy, a następnie wybranie odpowiedniego kierunku terapii są dość problematyczne. Znane są różnorodne nurty i techniki diagnozowania afazji. W niniejszej pracy wychodzę z założenia, że opierając się na wiedzy teoretycznej, osoba prowadząca badanie może wybranymi przez siebie metodami sprawdzić poziom uszkodzenia poszczególnych czynności mowy oraz ustalić program terapii [Kądziaława 1993].

W każdym typie afazji chory ma problemy z porozumiewaniem się, można więc przyjąć, że podstawowym zadaniem logoterapii afatyków jest nie tyle reedukacja czynności mowy, ile kształcenie umiejętności komunikowania się z otoczeniem. Komunikacja może przybierać różne formy, a zadaniem logopedów powinno być wskazywanie ich pacjentom. Oczywiście każdy program terapeutyczny musi uwzględniać wykorzystanie predyspozycji pacjenta, a program logopedyczny powinien zawierać ćwiczenia rozwijające funkcje językowe. Istotne jednak jest pozytywne nastawienie terapeuty do technik niewerbalnych. Na zwrot logoterapii ku niejęzykowym środkom komunikacji zwraca uwagę M. Pąchalska [1987], przedstawiając kompleksowy model rehabilitacji chorych z afazją. Autorka zakłada przy tym, że formy niejęzykowego porozumiewania się, tzn. zachowania mimiczne, gesty, piktogramy, pantomima itp., powinny stanowić materiał pomocniczy w terapii mowy, stymulujący funkcjonowanie trzech analizatorów: wzrokowego, słuchowego i kinestetycznego.

## II. POSTĘPOWANIE DIAGNOSTYCZNE

Przed przystąpieniem do kilkudniowej współpracy z pacjentką zapoznałam się z jej dokumentacją w celu uzyskania informacji, które mogłam wykorzystać w terapii. Ponadto obserwowałam pacjentkę w trakcie zajęć logopedycznych, terapii zajęciowej i śpiewoterapii.

Podstawowe dane:

Kobieta, K. G., lat 39. Przyjęta do Centrum w celu usprawniania ruchowego z powodu niedowładu prawostronnego i afazji po przebytej operacji tętniaka mózgu. Niesamodzielna w czynnościach życia. Główne dolegliwości: chora z niedowładem prawostronnym po przebytej operacji usunięcia krwaka śródmózgowego okolicy czołowej lewej i zaklipsowaniu tętniaka tętnicy środkowej w miejscu jej podziału. Kontakt utrudniony – afazja sensoryczno-motoryczna.

Stan neurologiczny:

- blizna w okolicy czołowo-ciemieniowej lewej po kraniotomii,
- objawy oponowe: nieobecne,
- nerwy czaszkowe bez zmian, poza nerwem VII (ośrodkowy niedowład nerwu VII prawego w zakresie dolnej gałązki),
- odruchy patologiczne: nieobecne,

- ruchy mimowolne: nieobecne,
- podwinięcie stawu ramiennego prawego, napięcie wiotkie,
- chód utykający z opadnięciem stopy prawej.

Wyniki pierwszej konsultacji logopedycznej:

Na podstawie logopedycznego badania diagnostycznego stwierdzono afazję sensoryczno-motoryczną. Ustalono, że chora nie wykonuje poleceń. Powtarza tylko „a”. Występuje także ograniczenie ruchomości w obrębie jamy ustnej. W związku z tym ustalono przebieg terapii na okres pobytu chorej w Centrum Rehabilitacji:

- 1) ćwiczenia w zakresie rozumienia poleceń, schematu ciała itp.,
- 2) ćwiczenia artykulacyjne samogłosek i połączeń,
- 3) ćwiczenia usprawniające kontrolę jamy ustnej i ćwiczenia oddechowe,
- 4) ćwiczenia odblokowujące tzw. ciągi zautomatyzowane, m.in. poprzez śpiew (śpiewoterapia),
- 5) ćwiczenia artykulacyjne: samogłoski i sylaby otwarte.

Dodatkowe informacje:

Wywiad z siostrą cioteczną:

K. G. jest wdową, ma osiemnastoletniego syna. Po operacji jest bez kontaktu. Obecnie kontaktuje się tylko z synem, ojcem i siostrą cioteczną. Obserwuje się u K. G. zmiany osobowościowe. K. G. pracowała jako dyspozytor w kopalni. Mieszka w bloku. Przed chorobą lubiła czytać książki i rozwiązywać krzyżówki.

Wywiad z ojcem:

K. G. jest wdową od roku (mąż miał wypadek). Matka K. G. zmarła na skutek udaru mózgu. Była cukrzykiem, podobnie jak brat K. G., który zmarł kilka lat temu (chorował na epilepsję).

Wyniki obserwacji pacjentki w trakcie terapii logopedycznej oraz śpiewoterapii:

Zarówno w trakcie ćwiczeń logopedycznych, jak i zajęć ze śpiewoterapii obserwowałam u pacjentki znaczne napięcie emocjonalne oraz niechęć do terapeutów. Po napotkaniu jakichkolwiek trudności bardzo szybko zniechęcała się i rezygnowała z podejmowania wysiłku. Często mówiła: „nie wiem” i kiwała głową z dezaprobatą. Nie angażowała się w próby śpiewu w żaden sposób. Nie potrafiła wskazywać części ciała, miała kłopoty z powtarzaniem prostych czynności przy ćwiczeniach języka i warg.

### III. DIAGNOZA I PODSTAWOWE ZAŁOŻENIA PROGRAMU TERAPEUTYCZNEGO

Diagnoza funkcjonalna:

Opierając się na analizie historii choroby pacjentki, po trzech tygodniach intensywnej rehabilitacji stwierdzono znaczny postęp w zakresie nawiązywania kontak-

tu z otoczeniem, sprawności ruchowej oraz samoobsługi. W zachowaniu pacjentki obserwowane są pewne zaburzenia, m.in. znaczne spowolnienie napędu psychoruchowego, obniżenie nastroju, zanik inicjatywy i słabą motywację do pracy (szczególnie podczas ćwiczeń logopedycznych). Zaburzenia te wynikają głównie z lokalizacji występujących tu pooperacyjnych uszkodzeń mózgu w okolicy czołowej lewej. Płaty czołowe mają znaczenie w regulacji zachowania się [Maruszewski 1970; Kaczmarek 1993], a ich uszkodzenia powodują głównie zaburzenia emocjonalne i zaburzenia osobowości [Kaczmarek 1993].

Dla tego typu uszkodzeń charakterystyczne są też perserweracje ruchowe, uniemożliwiające chorym przerwanie rozpoczętej czynności [podaję za: Kaczmarek 1993]. W opisywanym przypadku perserweracje te pojawiały się przy próbach pisania, kiedy pacjentka wielokrotnie pisała błędnie dany wyraz (pomimo świadomości popełniania błędów i chęci poprawienia ich).

Występujące u pacjentki zaburzenia emocjonalne mogą mieć też charakter psychogeny, co można stwierdzić na podstawie danych o jej bardzo trudnej sytuacji rodzinnej.

Diagnoza logopedyczna:

Pacjentka prawidłowo realizuje wszystkie głoski w izolacji, powtarza sylaby otwarte i proste wyrazy. Zniekształca sylaby zamknięte i dłuższe wyrazy. Próby powtarzania prostych zdań nie powiodły się. Podczas prób kontrolujących ciągi zautomatyzowane potrafiła jedynie liczyć od 1 do 10 (rzy czym nazwy liczebników były zniekształcone). Mowa spontaniczna ma formę bełkotu.

Sprawność narządów artykulacyjnych jest zachowana, ale obserwuje się spowolnienie ich ruchomości.

Podczas prób czytania pacjentka miała kłopoty z rozpoznawaniem liter, jednak czasami potrafiła przeczytać proste i krótkie wyrazy. Dłuższe wyrazy próbowała czytać składając litery, jednak były to próby nieudane. Używając lewej ręki, próbowała napisać własne imię i nazwisko, ale opuściła kilka liter. Nie pamiętała kształtów większości liter pisanych.

Wypowiedzi mówione rozumie częściowo, np. rozumie sens kierowanych do niej zdań na tematy rodzinne, nie rozumie jednak treści prostych poleceń, związanych m.in. z pokazywaniem części twarzy lub ciała.

#### IV. TERAPIA LOGOPEDYCZNA

J. Przesmycka-Kamińska [1980] mówi o zorganizowaniu środowiska terapeutycznego w celu zaspokojenia wymagań chorego, wzmocnienia jego osobowości oraz zapewnienia mu poczucia bezpieczeństwa, m.in. poprzez tolerancję dla jego zaburzeń językowych i komunikacyjnych. W związku z tym za podstawę programu terapeutycznego przyjęto zasadę postawy psychoterapeutycznej i zasadę „sukcesu”.

Wprowadzanie nowych umiejętności oparto na trzech podstawach:

- poznaniu istoty danej czynności (instrukcja, demonstracja),
- skojarzeniu, czyli powiązaniu poszczególnych elementów i eliminowaniu błędów,
- automatyzowaniu poprzez jej powtarzanie [podaję za: Kurcz 1992].

Powtarzanie jest też podstawą nabywania umiejętności komunikacyjnych.

M. Maruszewski [1970] przytacza wyniki badań wykazujących wysoką korelację pomiędzy stopniem zaburzenia w posługiwaniu się danym słowem a wiekiem, w którym to słowo zostało przyswojone, oraz zwiększanie się liczby zaburzeń w literowaniu słów w miarę zmniejszania się częstotliwości używania danego słowa. Opierając się na tych założeniach, można przyjąć, że materiał werbalny powinien zawierać proste słowa, dotyczące najbliższego otoczenia pacjenta.

Po przeanalizowaniu informacji uzyskanych na podstawie dokumentacji, wywiadu rodzinnego oraz własnej obserwacji ustaliłam następujące cele, które zamierałam osiągnąć w trakcie pracy:

- kształtowanie pozytywnej motywacji do terapii,
- ćwiczenie rozumienia prostych poleceń w zakresie orientacji w schemacie własnego ciała oraz wykonywania prostych czynności,
- odblokowywanie ciągów zautomatyzowanych,
- usprawnianie aparatu artykulacyjnego.

Ze względu na znaczną niechęć pacjentki do współpracy z terapeutą postanowiłam wykorzystywać różnorodne formy działania – rysowanie, próby czytania i pisanie oraz rozmowy (na tematy interesujące pacjentkę). Ponadto zamierałam spotykać się z pacjentką w różnych miejscach, tj. na oddziale, w kawiarni oraz na spacerach, ponieważ chciałam uniknąć sytuacji pogarszających jej nastrój. Pobyt w gabinetach terapeutycznych wyraźnie wywoływał u niej napięcie emocjonalne.

Postanowiłam też początkowo wykorzystywać tylko te ćwiczenia, które będą zyskiwać jej aprobatę. Ponieważ u pacjentki występowało spowolnienie procesów myślowych, założyłam konieczność wielokrotnego powtarzania podawanych poleceń oraz sprawdzanie wyuczonych umiejętności w różnych sekwencjach.

Ze względu na specyficzność występującej tu afazji sensoryczno-motorycznej muszą być w ramach pracy terapeutycznej stosowane metody rozwijające zarówno nadawanie, jak i odbiór mowy. Biorąc pod uwagę ograniczenie przewidywanej terapii do czasu pobytu chorej w szpitalu, wybrałam następujące metody pracy:

1) metody rozwijające czynności nadawania mowy

- ćwiczenia praktyki oralnej,
- powtarzanie sylab otwartych i zamkniętych,
- nazywanie konkretnych osób i przedmiotów z najbliższego otoczenia,
- powtarzanie ciągów zautomatyzowanych,

## 2) metody rozwijające czynności odbioru mowy

- formułowanie prostych poleceń, połączone z demonstracją odpowiednich ruchów,
- rozmowy na tematy interesujące pacjentkę (rodzina, wizyty domowników itp.).

Ponadto w ramach reedukacji czytania i pisania zamierzałam utrwalać znajomość liter drukowanych i pisanych za pomocą alfabetu ruchomego.

Na pierwszym spotkaniu przedstawiłam się pacjentce i wyjaśniłam moją rolę w jej terapii. Wykorzystując dane z wywiadu, próbowałam porozmawiać na temat jej osób bliskich oraz jej pracy. Pacjentka rozumiała ogólny sens moich wypowiedzi, wiedziała, o czym mówię, i starała się porozumiewać pozawerbalnie – mimiką i gestami. Ale początkowo okazywała nieufność i niechęć.

Zachęciłam ją do podjęcia prób odczytywania tytułów artykułów w czasopiśmie kobiecym. Proste wyrazy odczytywała globalnie, natomiast dłuższe wyrazy czytała składając litery, ale wychodziło jej to znacznie gorzej. Po kilku udanych próbach wyraźnie się ożywiła i nabrała ochoty do działania. Była pozytywnie zaskoczona swoimi umiejętnościami. Następnie zaproponowałam jej napisanie imienia i nazwiska. Popełniła kilka błędów, spostrzegła je i próbowała poprawić, ale nie potrafiła tego zrobić samodzielnie. Wyraźnie była niezadowolona z kształtów liter pisanych lewą ręką.

Kiedy zauważyłam u niej poprawę nastroju, poprosiłam o wykonanie kilku poleceń. Zaczęłam od wskazywania części twarzy. Po kilku powtórzeniach utrwaliła schemat: oko, ucho, nos, usta. Jednak przy zmianie kolejności poszczególnych części gubiła się i myliła. Bardzo szybko stała się znużona, dlatego zaproponowałam liczenie od 1 do 10 (początkowo z pomocą) oraz sprawdziłam umiejętność uzupełniania brakujących liczb w ciągu – próba się powiodła.

Drugie spotkanie miało specyficzny przebieg, ponieważ w czasie przeznaczonym na terapię odwiedził ją ojciec. Pacjentka była w dobrym nastroju – na porannych zajęciach ze śpiewoterapii wypadła bardzo dobrze, prawidłowo nuciła melodię znanych piosenek. Wykorzystałam rozmowę z ojcem pacjentki do zachęcenia jej do mówienia na tematy rodzinne. Zauważyłam, że rozumiała wszystko, o czym opowiadał ojciec, bardzo przeżywała wspomnienia rodzinne. Opowiedziałam ojcu o jej sukcesach w terapii w celu wzmocnienia dobrej samooceny u pacjentki.

Po zakończeniu wizyty ojca sprawdziłam realizację zaleconych poprzednio ćwiczeń. Pacjentka prawidłowo wskazywała części twarzy (również na obrazkach) i próbowała je nazywać. Samodzielnie napisała i nazwała ciąg liczb od 1 do 10. Wykonała też kilka ćwiczeń języka i warg. Powtórzyłyśmy próbę odczytywania tytułów w gazecie, pacjentka nadal oczekiwała pomocy przy nazywaniu niektórych liter. Podczas próby pisania samodzielnie napisała imię i nazwisko, tym razem prawidłowo. Pisząc inne wyrazy, robiła liczne błędy. W trakcie tej próby zaobser-

wowałam pewne stereotypie czynnościowe – kilkakrotnie zapisała ten sam wyraz, próbując pisać inne wyrazy. Nadal utrzymywały się problemy ze wskazywaniem i nazywaniem części twarzy. Natomiast bardzo dobrze radziła sobie z realizacją poleceń dotyczących picia herbaty, tzn. wskazywała szklankę, łyżeczkę i talerzyk, rozumiała polecenia typu: „proszę włożyć łyżeczkę do szklanki”, „proszę przesunąć szklankę”.

Na kolejnym spotkaniu pacjentka czekała na mnie o wyznaczonej porze i bardzo chętnie przystąpiła do ćwiczeń. Tym razem sprawdzałam poziom rozumienia pojęć związanych z całą postacią ludzką, wykorzystując uzupełnianie brakujących elementów na rysunkach (zaczęłyśmy od głowy, potem pacjentka sama dorysowała części ciała). Następnie wprowadziłam nowe polecenia (podnieść rękę, pokazać lampę, otworzyć usta), ćwicząc wykonywanie tych czynności po kolei. Początkowo pacjentka miała ogromne problemy ze zrozumieniem treści tych poleceń, ale po wielu powtórzeniach myliła się coraz rzadziej. Pomimo korzystania z różnorodnych form pracy pacjentka tego dnia szybko poczuła się znużona, a zmęczenie oczywiście obniżyło efektywność ćwiczeń.

W ostatnim dniu pacjentka zareagowała na propozycję ćwiczeń pozytywnie, dała mi jednak do zrozumienia, że oczekuje wizyty i nie zamierza opuszczać oddziału. Była tak podekscytowana perspektywą odwiedzin przez bliską osobę, że miała kłopoty z wykonywaniem zadań poprawnie realizowanych w ostatnich dniach. Próbowwała też obwiniać mnie swoimi niepowodzeniami, np. wskazywała nos zamiast ucha, a po moim zaprzeczeniu mówiła: „powiedziałaś to” i pokazywała usta. Ponieważ pacjentka czekała na syna, spróbowałam porozmawiać z nią na jego temat. Potem wróciłam do ćwiczeń. Prawidłowo wskazała części twarzy i bardzo ją to ucieszyło. Policzyła do 9, nie umiała wymówić słowa „dziesięć”, chociaż poprzedniego dnia liczyła poprawnie.

## V. PODSUMOWANIE

W trakcie wszystkich spotkań pacjentka raczej unikała kontaktu werbalnego. Postać fonetyczna wymawianych przez nią słów była najczęściej zaburzona. Dość często pojawiały się perseweracje, czyli uporczywie powtarzane wyrażenia słowne (w zniekształconych postaciach). M. Zarębina [1973] właśnie persewerację uważa za źródło różnorodnych analogii fonetycznych, fleksyjnych, składniowych i słowotwórczych, występujących w mowie afatyków. Zdarzało się jednak, że wymawiała prawidłowo trudne wyrazy – nawet jeśli składały się z głosek, których świadomie nie umiała artykułować. H. Mierzejewska [1977] tłumaczy to zjawisko zwracając uwagę na zautomatyzowanie ciągów ruchowych (jakimi są sekwencje ruchów artykulacyjnych tworzących wyraz) i przeciwstawiając je rozchwianiu pojedynczych dźwięków budujących wyraz. Zautomatyzowanie ciągów

ruchowych powoduje pojawianie się w mowie afatyka wyrazów bez zaburzeń postaci fonetycznej.

Podstawową formą mojej pracy były ćwiczenia odblokowujące (m.in. ciągi zautomatyzowane – liczenie do 10 itp.). A. Herzyk [1998] twierdzi, że w wielu przypadkach deficytów neuropsychologicznych wykonanie zadań w sposób bezpośredni jest głęboko zaburzone, ale zachowana jest wiedza nieświadoma. Dążenie do wydobywania umiejętności, których posiadania pacjent nie jest świadomy (poprzez odblokowywanie), jest więc istotnym elementem terapii afazji.

Cele, które postawiłam przed rozpoczęciem współpracy z pacjentką, udało się osiągnąć częściowo. Przede wszystkim zmieniła się motywacja do ćwiczeń logopedycznych, pacjentka zaczęła realizować proponowane zadania z większym zaangażowaniem. Chętnie wykonywała ćwiczenia usprawniające narządy artykulacyjne. Bardzo dobrze radziła sobie z artykulacją samogłosek sylab otwartych. Zainteresowała się usprawnianiem umiejętności czytania i pisanie. Nadal jednak utrzymywały się problemy z rozumieniem treści poleceń dotyczących wykonywania prostych czynności. Pomimo to na podstawie obserwacji efektów tej krótkiej współpracy można rokować pomyślny przebieg dalszej terapii mowy u tej pacjentki.

## Bibliografia

- Herzyk A. (1998). Dysocjacja wiedzy świadomej i nieświadomej w różnych formach zaburzeń neuropsychologicznych W: Związek mózg–zachowanie w ujęciu neuropsychologii klinicznej. Red. A. Herzyk, D. Kądziaława, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, s. 61-87.
- Kaczmarek B. (1993). Płaty czołowe a język i zachowanie człowieka, Lublin: Wydawnictwo Popularnonaukowe „Linea”.
- Kądziaława D. (1993). Afazja. W: Diagnostyka i terapia zaburzeń mowy. Red. T. Gałkowski, Z. Tarkowski, T. Zaleski, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, s. 69-78.
- Kurcz I. (1992). Język a psychologia, Warszawa: WSiP.
- Maruszewski M. (1966). Afazja. Zagadnienia teorii i terapii, Warszawa: PWN.
- Maruszewski M. (1970). Mowa a mózg. Zagadnienia neuropsychologiczne, Warszawa: PWN.
- Maruszewski M. (1974). Chory z afazją i jego usprawnianie, Warszawa: „Nasza Księgarnia”.
- Mierzejewska H. (1977). Afatyczna dezintegracja fonetycznej postaci wyrazów, Wrocław–Warszawa–Kraków–Gdańsk: „Ossolineum”.
- Pachalska M. (1987). Kompleksowy model rehabilitacji chorych z ogniskowym uszkodzeniem mózgu i afazją całkowitą, Kraków: Wydawnictwo Monograficzne AWF.
- Przesmycka-Kamińska J. (1980). Zaburzenia porozumiewania się słownego z otoczeniem w afazji, Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Zarębina M. (1973). Rozbicie systemu językowego w afazji, Wrocław–Warszawa–Kraków–Gdańsk: „Ossolineum”.