

---

**III. Zaburzenia mowy związane z rozpadem  
systemu komunikacyjnego**  
**III. Speech Disorders Related  
to the Breakdown of the Communication System**

---

JOLANTA PANASIUK

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

**Standard postępowania logopedycznego w afazji**

---

**The Standard of Logopedic Treatment in Aphasia**

DEFINIOWANIE AFAZJI

Afazja w naukach medycznych stanowi jeden z objawów uszkodzenia mózgu (DSM IV — R47), występując obok takich symptomów, jak: niedowład, ataksja, apraksja, hemianopsja, agnozja itp. Jako objaw jest zatem skutkiem choroby, a nie osobną jednostką nozologiczną. W logopedii afazja to odrębna jednostka, uwzględniana w rozmaitych typologiach i klasyfikacjach zaburzeń mowy. Praktyka kliniczna dokumentuje jednak przypadki izolowanych narastających zaburzeń słownego porozumiewania się o typie afazji, którym przez długi czas nie towarzyszą inne objawy uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego, jest to afazja pierwotna postępująca (*Primary Progressive Aphasia — PPA*), zaliczana do schorzeń neurodegeneracyjnych z grupy otępienia czołowo-skroniowego (*Frontotemporal dementia — FTD*); objawy zaburzeń językowych o typie afazji są również opisywane jako symptom innych typów demencji (np. w przebiegu choroby Alzheimera).

Przyjmijmy, że afazja to „spowodowane organicznym uszkodzeniem odpowiednich struktur mózgowych częściowe lub całkowite zaburzenie mechanizmów programujących czynności mowy u człowieka, który już uprzednio opanował te czynności” (M. Maruszewski, 1966, 98).

Dla logopedii definicja M. Maruszewskiego jest istotna z kilku względów.

1. Wyznacza swoistość afazji na tle innych zaburzeń mowy ze względu na:

— patomechanizm: „organiczne uszkodzenie” mózgu, przez co różnicuje afazję od zaburzeń mowy w przypadkach chorób psychicznych — schizofazji, ale nie uwzględnia afatycznych zaburzeń języka w przebiegu chorób neurodegeneracyjnych, np. PPA;

— lokalizację uszkodzenia: „pewne struktury mózgu”, co wyróżnia afazję jako konsekwencję uszkodzeń w obrębie „obszaru mowy” od skutków uszkodzeń innych struktur mózgowych leżących poza tym obszarem, np. w półkuli podległej, których lezje są przyczyną „nieafatycznych zaburzeń mowy” (pragnozji), uogólnionych uszkodzeń i zaników mózgu powodujących demencję lub uszkodzeń głębokich (podkorowych) struktur mózgu objawiających się w postaci dyzartrii;

— zaburzone funkcje: „mechanizmy programujące czynności mowy”, przez co afazja jest czymś odrębnym od dyzartrii, dysglosji, w których następuje zaburzenie mechanizmów wykonawczych, a także głuchoty, kiedy następuje zaburzenie słuchowej recepcji dźwięków;

— osoby, których dotyczy: „u człowieka, który już uprzednio je opanował”, co różnicuje afazję od zaburzeń mowy wynikających z deficytów neurologicznych, powstałych w okresie ontogenezy języka, czyli alalii lub niedokształcenia mowy o typie afazji.

2. Zakłada różny stopień głębokości zaburzeń językowych — częściowy lub całkowity” charakter tych zaburzeń odpowiada rozróżnieniu afazji i dysfazji.

3. Ujmuje mowę jako wyższą, zhierarchizowaną czynność w zakresie zarówno nadawania, jak i odbioru wypowiedzi, przez co wskazuje na dychotomiczny podział zaburzeń afatycznych obejmujący trudności o charakterze:

— motorycznym (afazja Broki — zaburzenia ruchowych wzorców słów, będące wynikiem uszkodzenia dolnej części lewego płata czołowego);

— sensorycznym (afazja Wernickego — zaburzenia słuchowych wzorców słów, wywołane uszkodzeniem zakrętu nadbrzeżnego płata ciemniowego i górnej części płata skroniowego).

## DIAGNOZOWANIE AFAZJI

Diagnoza afazji powinna być przeprowadzona w oparciu o badanie neurologiczne, neuropsychologiczne i logopedyczne. W wyniku tych badań należy ustalić, czy uzyskane wyniki wskazują na istnienie u badanej osoby organicznego uszkodzenia CUN? (diagnoza organiczna w związku z rozpoznaniem klinicznym i badaniem neurologicznym). Przy stwierdzeniu organicznego uszkodzenia CUN należy ocenić następujące fakty:

1. Jakich części kory mózgowej w obrębie dominującej półkuli mózgu to uszkodzenie dotyczy? (diagnoza lokalizacyjna przy użyciu badań neuroobrazowych);

2. Jakie czynności poznawcze zostały zaburzone w wyniku tego uszkodzenia, jaki jest stopień nasilenia tych zaburzeń oraz jakie funkcje zostały zachowane i w jakim stopniu? (diagnoza funkcjonalna — wyniki badania neuropsychologicznego);

3. Jakie są deficyty w zakresie języka i komunikacji? (diagnoza logopedyczna).

Afazję rozpoznaje się wówczas, gdy u chorego występuje organiczne uszkodzenie mózgu w obrębie „obszaru mowy” i/lub korowo-podkorowych połączeń tej okolicy z innymi strukturami, któremu towarzyszą zaburzenia czynności planowania w nadawaniu i odbiorze wypowiedzi słownych. Badany nie ma zaburzeń świadomości, jego stan kliniczny jest stabilny i ma zachowaną orientację auto- i allopsychiczną.

Metodyka postępowania logopedycznego w przypadkach afazji zależy od etapu zdrowienia, ogólnego stanu klinicznego pacjenta, warunków prowadzenia diagnozy i terapii (szpital — przy łóżku, gabinet, turnus rehabilitacyjny). Diagnoza logopedyczna wymaga dokonania analizy danych uzyskanych z dokumentacji leczenia, wywiadu oraz obserwacji, wyników badań specjalistycznych oraz oceny sprawności językowych i komunikacyjnych przed zachorowaniem i po wystąpieniu incydentu neurologicznego.

#### DOKUMENTACJA LECZENIA

Analizie poddawane są dane zawarte w historii choroby lub w wypisie ze szpitala, szczególną uwagę zwraca się na następujące typy informacji:

a) rozpoznanie kliniczne (choroby neurologiczne i somatyczne, powikłania, np. epilepsja);

b) wyniki badania neurologicznego (stan sprawności motorycznej pacjenta, stan nerwów czaszkowych i in.);

c) wyniki badań instrumentalnych: EEG, neuroobrazowych (CT, MRI, SPECT), angiografia, EKG i in.;

d) prowadzone leczenie farmakologiczne i usprawniające;

e) przebyte hospitalizacje, historię zachorowania, dotychczasową rehabilitację.

#### DANE Z WYWIADU

Wywiad powinien być przeprowadzony z chorym i członkami jego rodziny, personelem medycznym, a także osobami mającymi kontakt z badanym

w szpitalu. Zebrane informacje są podstawą do określenia następujących zmiennych, jak:

- a) wykształcenie, zawód, zainteresowania,
- b) struktura rodziny,
- c) lateralizacja,
- d) stan sprawności językowych i komunikacyjnych przed zachorowaniem,
- e) dynamika zaburzeń językowych i komunikacyjnych po incydencie neurologicznym,
- f) współwystępowanie innych zaburzeń (fizjologicznych, motorycznych, emocjonalnych, poznawczych) w związku ze stanem klinicznym osoby badanej.

#### WYNIKI OBSERWACJI

Obserwowanie chorego jest ukierunkowane na następujące kategorie informacji:

- a) stopień orientacji w otoczeniu,
- b) stan emocjonalny i sposób reagowania na chorobę oraz jej skutki,
- c) dynamikę stanu klinicznego,
- d) sposób nawiązywania kontaktu (werbalnego i niewerbalnego) z otoczeniem,
- e) stan sprawności językowych i komunikacyjnych chorego oraz sposób jego funkcjonowania w interakcjach z otoczeniem.

#### WYNIKI BADAŃ SPECJALISTYCZNYCH

Badania specjalistyczne zalecane są w indywidualnych przypadkach ze względu na możliwość występowania u chorych z uszkodzeniami mózgu rozmaitych zaburzeń o podłożu psychicznym, neurologicznym bądź somatycznym. W konkretnych sytuacjach zaleca się konsultację psychologiczno-psychiatryczną, audiologiczną, okulistyczną, foniatryczną, laryngologiczną itd.

#### OCENA SPRAWNOŚCI JĘZYKOWYCH I KOMUNIKACYJNYCH

W diagnozowaniu afazji u pacjentów z uszkodzeniami mózgu wyodrębnia się kilka podstawowych ujęć metodologicznych.

**A. Eksperymentalno-kliniczne**, które koncentruje się na analizie mechanizmów doprowadzających do zaburzeń czynności językowych powstających w wyniku uszkodzenia mózgu. Wskazanie tych mechanizmów odbywa się przez ocenę wielu innych wyższych czynności poznawczych, np. praktyki, gnozji, pamięci. Podstawową metodą badawczą w tym podejściu jest eksperyment kliniczny, a procedura badawcza dostosowana jest do aktualnego

stanu chorego. Metody eksperymentalno-kliniczne mogą być wykorzystywane w podejściu objawowym, gdzie celem jest opis symptomów zaburzeń, oraz w podejściu syndromologicznym, w którym na podstawie analizy struktury zaburzonych czynności określa się mechanizm leżący u podłoża obserwowanych trudności.

**B. Psychometryczne**, które zakłada, że sposób zbierania danych diagnostycznych przebiega według wystandaryzowanej procedury i jest wysoce kontrolowany. Konstrukcja rozbudowanych baterii do oceny afazji opiera się na stwierdzeniu, że poszczególne zachowania językowe, takie jak nazywanie, rozumienie, czytanie itd. mogą być zaburzone w sposób selektywny i w zależności od rodzaju zaburzenia można formułować wnioski o mózgowej organizacji języka, lokalizacji uszkodzenia, funkcjonalnych relacjach pomiędzy elementami systemu językowego. Wyniki ilościowe uzyskane w testach oznaczają występowanie zaburzeń afatycznych określonego stopnia lub ich brak, mogą też posłużyć do określenia typu afazji.

W nurcie psychometrycznej diagnostyki afazji mieszczą się także testy przeznaczone do oceny funkcjonalnej. W tym podejściu podstawą oceny afazji są zachowania chorego w trakcie badania i w różnych sytuacjach komunikacyjnych. Należy przy tym uwzględnić charakter komunikacyjnych zachowań chorego i ocenić działania językowe osób z afazją z punktu widzenia interlokutora, uczestnika aktu komunikacji. W podejściu komunikacyjnym ocenia się takie sprawności, jak: prowadzenie dialogu, tworzenie tekstów naracyjnych (opisu, opowiadania), nazywanie zjawisk, powtarzanie słyszanych tekstów i dźwięków, reprodukcja zautomatyzowanych ciągów wyrazów, rozumienie wypowiedzi, czytanie ze zrozumieniem, tworzenie tekstów pisanych, kopiowanie tekstów pisanych. Diagnoza afazji według podejścia funkcjonalnego (pragmatycznego) określa stopień utrzymania sprawności chorego w zakresie wymienionych czynności mowy w sytuacjach codziennych.

## ROZPOZNAWANIE ZABURZEŃ AFATYCZNYCH

### DIAGNOZA LOGOPEDYCZNA WEDŁUG PODEJŚCIA KLINICZNEGO

Ocena logopedyczna chorych w początkowym okresie zdrowienia, w kilka dni po przebytych incydencie neurologicznym, ma charakter opisowy. Obserwowana w tym czasie znaczna dynamika stanu klinicznego i brak jednolitego, względnie trwałego zespołu objawów nie pozwalają na postawienie rozpoznania logopedycznego. Ponadto, pacjent nie może świadomie i aktywnie uczestniczyć w procesie diagnostycznym. We wczesnej fazie zdrowienia, zwłaszcza w warunkach leczenia szpitalnego, ocena logopedyczna polega na wykorzystaniu metod diagnostycznych dających możliwość określenia ogól-

nego spektrum zaburzeń językowych mieszczących się w klinicznej typologii afazji T. H. Weiseburga i K. E. Mc Bride'a z 1935 roku.

Nie wnikając w korelacje anatomiczne oraz mechanizm zaburzeń językowych, które w tym okresie podlegają czynnikom neurodynamicznym, można wskazać na występowanie określonego spektrum objawów afatycznych, które mieszczą się w pięciu głównych typach zaburzeń.

1. Afazja głównie ekspresyjna (głównie ruchowa, motoryczna) — z zaburzeniami w zakresie nadawania mowy. Prototypem tego rodzaju zaburzeń jest afazja Broki — rozpad ruchowych wzorców słów, będący wynikiem uszkodzenia dolnej części lewego płata czołowego, obszaru przedśrodkowego i górnej części lewego płata skroniowego.

2. Afazja głównie impresyjna (głównie czuciowa, sensoryczna) — z zaburzeniami w zakresie percepcji mowy i pisma. Prototypem tego rodzaju zaburzeń jest afazja Wernickego — rozpad słuchowych wzorców słów, wywołany uszkodzeniem zakrętu nadbrzeźnego płata ciemieniowego i górnej części płata skroniowego.

3. Afazja ekspresyjno-impresyjna (mieszana), kiedy zaburzenia dotyczą w równej mierze mówienia i rozumienia.

4. Afazja amenestyczna (nominacyjna) — charakteryzująca się trudnościami w użyciu nazwy, włącza się tu także objawy afazji semantycznej, polegające na zaburzeniu rozumienia i tworzenia złożonych konstrukcji logiczno-gramatycznych.

5. Afazja globalna (całkowita, totalna) — oznaczająca zniesienie zdolności do nadawania i odbioru wypowiedzi.

Ponadto, w celu sformułowania logopedycznej oceny we wczesnym stadium zdrowienia osoby chorej neurologicznie, istotne są informacje dotyczące jej możliwości porozumiewania się w rozmaitych sytuacjach komunikacyjnych oraz sprawności w nawiązywaniu interakcji z otoczeniem.

#### DIAGNOZA LOGOPEDYCZNA WEDŁUG PODEJŚCIA KOMUNIKACYJNEGO

Komunikacyjne — całościowe, holistyczne, funkcjonalne, pragmatyczne — podejście w diagnozowaniu zaburzeń mowy u chorych neurologicznie, poparte oceną ilościową, jest najlepszym rozwiązaniem metodycznym w diagnozowaniu i optymalizowaniu efektów postępowania usprawniającego w odniesieniu do pacjentów korzystających z leczenia ambulatoryjno-santatoryjnego. Pragmatyczna ocena sprawności językowych pacjentów z afazją dopełniana jest bowiem przez programowe obserwacje osób prowadzone w sposób systematyczny przez dłuższy czas w rozmaitych uwarunkowaniach społecznych i sytuacyjnych (A. L. Holland, 1980). Ocena stanu sprawności komunikacyjnych chorych obejmuje następujące kategorie:

- a) przekazywanie informacji za pomocą mowy ustnej,
- b) odbiór informacji nadawanych za pomocą mowy ustnej,
- c) przekazywanie informacji za pomocą mowy pisanej,
- d) odbiór informacji przekazywanych za pomocą mowy pisanej.

Przyjmując założenie, że zachowania komunikacyjne osób z afazją plasują się w kontinuum od normy do całkowitego rozpadu, można zastosować skalę do pomiaru możliwości porozumiewania się słownego (MPS) i określić stopień nasilenia zaburzeń afatycznych wyodrębnionych w klinicznym podziale afazji.

0 — porozumiewanie się zniesione (chory nie przekazuje ani nie odbiera informacji przekazywanych kanałem słownym);

1 — porozumiewanie bardzo głęboko zaburzone (zachowany „ślad” MPS): chory może przekazywać i odbierać pojedyncze informacje;

2 — porozumiewanie głęboko zaburzone (bardzo niski poziom MPS): chory potrafi podać dane personalne, potwierdza i zaprzecza;

3 — porozumiewanie znacznie zaburzone (niski poziom MPS): dobry jednostronny kontakt, chorzy z afazją „ruchową” odbierają informacje, natomiast chorzy z afazją „czuciową” nadają zrozumiałe informacje kanałem słownym;

4 — porozumiewanie miernie zaburzone (znacznym poziomem MPS): w pełni sprawne przekazywanie i odbiór informacji nadawanych ustnie albo pisemnie;

5 — porozumiewanie zachowane (zachowana MPS): chory potrafi przekazać i odebrać wszystkie informacje (w zwolnionym tempie w sytuacji stresowej) (J. Przesmycka-Kamińska, 1980).

W prezentowanym podejściu podstawą oceny afazji są zachowania chorego w trakcie badania, ale też w różnych sytuacjach komunikacyjnych. Należy przy tym uwzględnić charakter komunikacyjnych zachowań chorego (werbalne/niewerbalne, skuteczne/nieskuteczne) i ocenić działania językowe osób z afazją z punktu widzenia interlokutora — uczestnika aktu komunikacji.

#### DIAGNOZA LOGOPEDYCZNA WEDŁUG PODEJŚCIA ANALITYCZNEGO

Diagnozowanie zaburzeń afatycznych u pacjentów w odległym okresie od zachorowania, u których nastąpiła stabilizacja objawów klinicznych związanych z przebyłym incydentem komunikacyjnym, wymaga podejścia analitycznego i prowadzone jest zwykle w warunkach gabinetu logopedycznego. W procedurze diagnozowania afazji, według podejścia analitycznego, dokonuje się opisu stanu kompetencji językowych i komunikacyjnych, oceny sprawności realizacji tych kompetencji oraz wskazania, które sprawności zostały zachowane, a które zniesione. Wyniki tych badań należy skorelować z diagnozą lokalizacyjną i funkcjonalną, a następnie określić mechanizmy

powstawania rozpoznanych zaburzeń. Badanie logopedyczne jest wieloetapowe i obejmuje ocenę sprawności chorego w zakresie realizacji rozmaitych czynności językowych z uwzględnieniem innych czynności poznawczych. Wyniki badania logopedycznego, wskazując na rodzaj, głębokość i patomechanizm obserwowanych zaburzeń mowy, pozwalają na postawienie rozpoznania logopedycznego (wskazanie typu, głębokości afazji oraz ewentualnego współwystępowania innych jednostek patologii języka). Procedura badania logopedycznego afazji przebiega następująco.

1. Różnicowanie dźwięków otoczenia i nadawanie im znaczenia.
2. Rozpoznawanie przebiegów intonacyjnych w zdaniach oznajmujących, rozkazujących i pytających.
3. Rozumienie znaczenia tekstów mówionych w kontekście i poza kontekstem sytuacyjnym:
  - a) dialogowych (odpowiadanie na pytania do tekstu):
    - akty mowy bezpośrednie,
    - akty mowy pośrednie;
  - b) monologowych (odpowiadanie na pytania do tekstu, nadawanie tytułu):
    - o znaczeniu dosłownym,
    - o znaczeniu metaforycznym.
4. Rozumienie znaczenia tekstów pisanych (odpowiadanie na pytania do tekstu, nadawanie tytułu):
  - a) o znaczeniu dosłownym,
  - b) o znaczeniu metaforycznym.
5. Rozumienie struktur gramatycznych i składniowych w tekstach mówionych i pisanych:
  - a) strona bierna,
  - b) inwersja składniowa,
  - c) związki rządu,
  - d) wyrażenia porównawcze,
  - e) wyrażenia przyimkowe.
6. Rozumienie nazw w tekstach mówionych i pisanych:
  - a) czynności:
    - fizycznych,
    - umysłowych,
  - b) rzeczy i zjawisk:
    - konkretnych,
    - abstrakcyjnych,
  - c) cech czynności, rzeczy i zjawisk:
    - zmysłowych,
    - umysłowych.

7. Różnicowanie znaczeń słów:
  - a) synonimów,
  - b) paronimów,
  - c) antonimów.
8. Różnicowanie brzmienia sylab opozycyjnych.
9. Powtarzanie:
  - a) samogłosek,
  - b) sylab,
  - c) sylab opozycyjnych,
  - d) nazw,
  - e) ciągu nazw — ocena zakresu powtarzania:
    - rzeczy,
    - cyfr,
  - f) ciągu neologizmów — ocena zakresu powtarzania,
  - g) zdań prostych,
  - h) zdań złożonych.
10. Realizowanie ciągów zautomatyzowanych:
  - a) cyfry 1–10,
  - b) nazwy dni tygodnia,
  - c) nazwy miesięcy,
  - d) teksty przyswojone na pamięć,
  - e) próby śpiewu znanych piosenek.
11. Tworzenie wypowiedzi słownych:
  - a) sprawności dialogowe:
    - tematy emocjonalnie ważne dla chorego,
    - tematy neutralne;
  - b) sprawności monologowe:
    - tematy emocjonalnie ważne dla chorego,
    - tematy neutralne.
12. Tworzenie tekstów pisanych:
  - a) podpisywanie się,
  - b) na tematy emocjonalnie ważne dla chorego,
  - c) na tematy neutralne,
  - d) zapisywanie pod dyktando:
    - cyfr,
    - liter,
    - wyrazów,
    - zdań,
    - tekstów,

- e) przepisywanie,
  - f) przyporządkowywanie podpisów do rysunków.
13. Nazywanie:
- a) czynności:
    - fizycznych,
    - umysłowych,
  - b) rzeczy i zjawisk:
    - konkretnych,
    - abstrakcyjnych,
  - c) cech czynności, rzeczy i zjawisk:
    - zmysłowych,
    - umysłowych.
14. Ocena poprawności sądów pod względem:
- a) formalno-językowym,
  - b) semantycznym,
  - c) pragmatycznym.
15. Rozpoznawanie błędów fonetycznych:
- a) w zapisanych wyrazach (analiza wzrokowo-literowa),
  - b) w słyszanych słowach (analiza słuchowo-głoskowa).
16. Rozpoznawanie treści widzianych obrazów:
- a) realistyczne rysunki,
  - b) schematyczne rysunki,
  - c) symbole graficzne,
  - d) absurdy rysunkowe,
  - e) humor rysunkowy,
  - f) kategorie semantyczne.
17. Orientacja:
- a) w przestrzeni:
    - w schemacie własnego ciała,
    - na mapie,
    - na zegarze,
  - b) w czasie:
    - podawanie daty,
    - określanie przedziałów czasowych.
18. Rysowanie:
- a) z pamięci,
  - b) według wzorca.
19. Liczenie:
- a) rozwiązywanie równań,

- b) uzupełnianie znaków matematycznych w równaniach,
- c) rozwiązywanie zadań tekstowych.

20. Praktyka:

- a) oralna,
- b) dynamiczna,
- c) symboliczna,
- d) pozy,
- e) konstrukcyjna.

21. Pamięć:

- a) przywoływanie danych biograficznych,
- b) zapamiętywanie informacji przekazywanych drogą wzrokową,
- c) zapamiętywanie informacji przekazywanych drogą słuchową.

W doborze materiału językowego i obrazkowego do celów diagnostycznych oraz w jego interpretacji należy uwzględnić charakterystykę społeczną pacjenta. Obraz zaburzeń mowy uzależniony jest od takich czynników, jak: płeć, wiek, wykształcenie i miejsce zamieszkania chorego. Ze względu na te uwarunkowania społeczne, a także zmienne kliniczne oraz charakter i głębokość zaburzeń mowy nie należy ujednostajniać technik i materiałów wykorzystywanych w badaniu poszczególnych chorych. Zebrany materiał powinien być reprezentatywny, tzn. obejmować różnorodny i bogaty repertuar zachowań językowych w różnych sytuacjach komunikacyjnych. Ocenie poddawane są językowe, ale również społeczne, sytuacyjne i pragmatyczne uwarunkowania kontaktu z chorym. Całokształt językowych możliwości badanego pacjenta należy interpretować na tle jego zachowań emocjonalnych w rozmaitych interakcjach społecznych. Poszczególne próby należy przeprowadzać wielokrotnie poprzez wykorzystanie serii przykładów (zwykle dziesięciu) w celu określenia głębokości i dynamiki zaburzeń w różnych fazach procesu diagnostycznego.

#### ROZPOZNANIE LOGOPEDYCZNE

Teoretyczną podstawą do analizy zebranych danych językowych i rozpoznania logopedycznego jest teoria układów funkcjonalnych A. Łurii (1967). Analiza struktury zaburzonych czynności językowych powinna doprowadzić do wykrycia defektu podstawowego, czyli tego ogniwa w obrębie dynamicznego „łańcucha mowy”, które warunkuje występowanie obserwowanych zaburzeń. Za przebieg zachowań językowych człowieka odpowiedzialny jest dynamiczny łańcuch funkcjonalny, w obrębie którego zaburzone mogą być następujące funkcje:

1) gnozja somestetyczna, czyli czucie ułożenia poszczególnych części aparatu artykulacyjnego; oparta jest na przetwarzaniu zwrotnej informacji

czuciowej wytwarzanej podczas wypowiedzania tekstu w korowych okolicach wieczka ciemieniowego półkuli dominującej;

2) synteza sekwencyjna, czyli organizacja w czasie ruchów aparatu artykulacyjnego, która warunkuje płynne wypowiedzanie słów i zdań, jej organizację reguluje okolica Broki, leżąca w dolnej części okolicy przedruchowej półkuli dominującej;

3) mowa wewnętrzna, czynnik najmniej rozpoznany, związany ze zdolnością do programowania rozwiniętych wypowiedzi i przypisany strukturalnie płata czołowego dominującej półkuli mózgu, położonym do przodu od okolicy Broki;

4) słuch fonematyczny, czyli zdolność różnicowania cech diakrytycznych dźwięków mowy zgodnie z zasadami systemu fonologicznego, która jest realizowana przez okolicę Wernickego, zlokalizowaną w tylnej części górnego zwoju skroniowego dominującej półkuli mózgu;

5) słuchowa pamięć słowna, czyli zdolność utrzymywania w pamięci usłyszanych słów i zdań, związana jest z funkcjonowaniem tylnej części płata skroniowego, leżącej poniżej okolicy Wernickego;

6) synteza symultatywna, czyli jednoczesna analiza napływającej informacji językowej pod względem logiczno-gramatyczno-semantycznym, realizowana przez okolice kory mózgowej leżące na pograniczu płatów: ciemieniowego, potylicznego i skroniowego półkuli dominującej (A. R. Łuria, 1967).

Poszczególne ogniwa tego układu są niewymienne, a ich uszkodzenie objawia się w paradygmacie specyficznych trudności. Wskazanie mechanizmu obserwowanych deficytów językowych jest podstawą do określenia jednego z następujących typów afazji.

1. **Afazja ruchowa kinestetyczna (aferentna, dośrodkowo-ruchowa)** — charakteryzuje się zaburzeniami gnozy somestetycznej, czyli analizy i syntezy doznań czuciowych pochodzących od narządów mowy (towarzyszy temu zwykle apraksja oralna). Niemożność odnalezienia właściwego ułożenia narządów artykulacyjnych jest przyczyną trudności w artykulacji — występują zniekształcenia wypowiedzanych głosek i słów, parafazje głoskowe, czyli zamiany głosek w danym słowie na inne, zbliżone pod względem artykulacyjnym. Analogiczne trudności pojawiają się w piśmie — występują zamiany liter, czyli paragrafie literowe. Rozumienie wypowiedzi pozostaje prawidłowe, chociaż mogą wystąpić nieznaczne deficyty w zakresie rozpoznawania istotnych cech dźwięków mowy — słuchu fonematycznego, bowiem rozpad czuciowych wzorców głosek wtórnie doprowadza do zakłóceń w ich rozpoznawaniu słuchowym.

**2. Afazja kinetyczna (eferentna, odśrodkowo-ruchowa)** — charakteryzuje się zaburzeniami syntezy sekwencyjnej, czyli płynności i automatyzacji ruchów artykulacyjnych. Trudności dotyczą przechodzenia od jednego układu artykulacyjnego do następnego (pojawiają się perseweracje), rozpada się ruchowy wzorzec wyrazów i zdań, występują trudności w wypowiedaniu serii głosek, co prowadzi do utraty nawyków artykulacyjnych oraz niemożności płynnego przejścia z jednej artykulacji do następnej. Mowa jest skandowana. Pojedyncze dźwięki wypowiedane są poprawnie. Zachowana pozostaje też zdolność rozumienia mowy. W lżejszych postaciach tych zaburzeń obserwuje się zakłócenie płynności mowy nie na poziomie wyrazu, lecz zdania. Rozpad dynamicznych schematów składniowych objawia się tzw. stylem telegraficznym, czyli redukcją struktury zdania do pojedynczych słów — zwykle partykuł, zaimków i rzeczowników, pojawiają się też agramatyzmy ruchowe.

**3. Afazja motoryczna dynamiczna** — charakteryzuje się zaburzeniami „mowy wewnętrznej”, co objawia się trudnościami w planowaniu i formułowaniu dłuższych wypowiedzi narracyjnych. Aktywność językowa chorego ogranicza się do tworzenia zredukowanych, często stereotypowych tekstów, charakterystyczne jest tu też echolaliczne powtarzanie zasłyszanych fraz. Pacjent może budować zdania, ale jego wypowiedzi są schematyczne i uproszczone. Zaburzenia te można traktować jako jeden z objawów zespołu adynamii — formy „bezwładu” psychicznego. Pacjent rozumie mowę, powtarza poprawnie, ale nie potrafi samodzielnie formułować myśli i odpowiadać na pytania. Przejawia też brak inicjatywy, jego aktywność słowna, bez dodatkowych wzmocnień ze strony interlokutora, szybko wygasa. Dodatkowo, chory nie potrafi krytycznie odnieść się do swoich trudności językowych, często zaprzecza ich występowaniu.

**4. Afazja akustyczno-gnostyczna** — charakteryzuje się zaburzeniami słuchu fonemacyjnego i przejawia się głębokimi zaburzeniami rozumienia mowy. Chory słyszy, lecz nie potrafi zidentyfikować dźwiękowej formy wypowiedzi. W jego mowie charakterystyczna jest wielomówność (*logorea*) i „sałatka słowna” z typowymi dla tego rodzaju afazji neologizmami — „żargon afatyczny”. Chory mówi płynnie, poprawnie artykułuje głoski, zachowany jest prozodyczny kontur wypowiedzi, ale teksty są niezrozumiałe. W lżejszych postaciach chory rozumie proste polecenia, ale w wypowiedziach występują parafazje głoskowe. Analogicznie do zaburzeń w mówieniu obserwuje się zaburzenia pisania — paragrafie literowe o podłożu fonetycznym, oraz głośnego czytania. Ze względu na zaburzenia kontroli słuchowej, chory nie jest w stanie kontrolować tego, co mówi, i nie jest do końca świadomy swoich problemów językowych.

5. **Afazja akustyczno-mnestyczna** — charakteryzuje się zaburzeniami słuchowej pamięci słownej, co przejawia się nietrwałością śladów pamięciowych w modalności słuchowej i doprowadza do trudności w aktualizacji nazw. Występują trudności w rozumieniu dłuższych wypowiedzi, powtarzaniu i mówieniu ze względu na niemożność utrzymania w pamięci poszczególnych elementów słyszanego tekstu. Dla tego typu afazji charakterystyczne jest występowanie swoistych neologizmów — podawane są słowa podobne brzmieniowo (paronimy) lub znaczeniowo (metonimy) do nazwy właściwej. Występują też agramatyzmy słuchowe.

6. **Afazja semantyczna** — charakteryzuje się zaburzeniami syntezy symultatywnej, czyli równoczesnej integracji bodźców werbalnych, i przejawia się trudnościami w rozumieniu złożonych logiczno-gramatycznie form wypowiedzi, np. wyrażeń przymkowych, związków rządu, zdań z inwersją składniową, konstrukcji w stronie biernej. Występują zaburzenia nazywania i syntezy informacji. Dodatkowo, trudności obejmują określanie czasu, kierunku, a także czytanie, pisanie, liczenie.

W obrębie omówionej typologii nie znalazły się przejawy zaburzeń afazycznych, które wynikają z uszkodzenia okolic zlokalizowanych poza „obszarem mowy” w obrębie dominującej półkuli mózgu. W literaturze afazjologicznej jako osobne typy omawia się: afazję skrzyżowaną, afazję podkorową, afazję przewodzenia i afazję pierwotną postępującą (PPA).

**Afazja skrzyżowana** — zaburzenia planowania w tworzeniu i odbiorze wypowiedzi wywołane uszkodzeniem półkuli tożsamernej dla dominującej ręki, czyli u osób praworęcznych półkuli prawej, a u osób leworęcznych półkuli lewej. Trudności objawiają się analogicznie do afazji Broki i Wernickego. Podobne są też ich korelacje neuroanatomiczne, chociaż — w przeciwieństwie do lewej — w przypadku półkuli prawej większy jest stopień uszkodzenia substancji białej (podkorowej). Afazja skrzyżowana charakteryzuje się też znaczną dynamiką wycofywania się objawów zaburzeń w stosunku do typowych afazji (A. Herzyk, 1997, 98). Szacuje się, że afazja skrzyżowana dotyczy 3–4% wszystkich przypadków afazji (A. Prusiński, 1998). U osób leworęcznych występuje częściej (54–72%) niż u praworęcznych (1,5%), gdyż dominacja językowa lewej półkuli u osób praworęcznych ma bardziej określony charakter. Do istotnych kryteriów pozwalających na rozpoznanie afazji skrzyżowanej należą: brak rodzinnej leworęczności, ogniskowe uszkodzenie mózgu występujące wyłącznie w półkuli tożsamej co dominująca ręka, które powoduje specyficzne dla afazji (a nie np. pragnozji) zaburzenia językowe, brak uwarunkowań społecznych, które mogłyby modyfikować dominację półkulową (np. poliglotyzm) i brak patologii rozwoju mózgu w ontogenezie.

**Afazje podkorowe** — to zespoły objawów występujące u chorych, u których uszkodzenia mózgu obejmują struktury podkorowe, takie jak jądra podkorowe i głębiej położone drogi nerwowe. Badania wskazują na znaczenie osi złożonej z następującej sekwencji połączeń: kora — prążkowie — gałka biała — wzgórze — kora. Przypuszcza się, że afazja spowodowana zniszczeniem jąder podkorowych tejże osi odzwierciedla w rzeczywistości wtórny spadek metabolizmu i perfuzji w korze mózgowej odpowiedzialnej za mowę, a przez to jej czynności zostają zablokowane (K. Jodzio, W. M. Nyka, 2008).

Ze względu na kryteria objawowe wyróżnia się podkorową afazję ruchową i podkorową afazję czuciową.

Podkorowa afazja ruchowa związana jest, jak wykazują wyniki badań neuroobrazowych, z uszkodzeniami jąder podstawy, torebki wewnętrznej i istoty białej trzykomorowej, przez co następuje rozłączenie projekcji pomiędzy ośrodkiem Broki a narządem artykulacyjnym. Objawy afatyczne obejmują zakłócenia w zakresie tworzenia wypowiedzi i powtarzania przy zachowanym rozumieniu i pisaniu.

Podkorowa afazja czuciowa spowodowana jest uszkodzeniami podkorowych włókien promienistości słuchowej oraz włókien słuchowego spoidła wielkiego (D. Kądziaława, 1997), przez co następuje przerwanie połączeń pomiędzy ośrodkiem Wernickego a projekcyjną okolicą słuchową. Symptomami tego typu afazji są zaburzenia rozumienia i powtarzania — pacjent zdaje się nie słyszeć kierowanych do niego wypowiedzi, przy zachowanych zdolnościach do spontanicznego mówienia, pisania i czytania. Tym objawom językowym może towarzyszyć amuzja.

Według kryteriów anatomicznych wyodrębniono ostatnio afazję wzgórzową i afazję prążkowiowo-torebkową.

Afazja wzgórzowa odznacza się znaczną różnorodnością symptomów patologicznych, pozostających w związku z lokalizacją uszkodzenia. Do najczęstszych objawów językowych należą zaburzenia rozumienia i nazywania, ograniczenie spontanicznych wypowiedzi (nawet do stanu afonii i mutyzmu, a w pisaniu — agrafii). W lżejszych przypadkach występują zaburzenia narracji, parafazje werbalne i głoskowe oraz perseweracje. Na te symptomy nakładają się dodatkowo zaburzenia neurodynamiczne i ogólnomózgowe. Uszkodzenia wzgórza mogą dodatkowo wpływać na funkcje pamięci, rozpoznawanie bodźców wzrokowych i uwagę. Dla podkreślenia atypowości zaburzeń oraz ich podobieństwa do afazji transkorowych, stosuje się niekiedy określenie tzw. afazji subtranskorowej (K. Jodzio, W. M. Nyka, 2008).

Afazja prążkowiowo-torebkowa rozpoznawana jest najczęściej jako konsekwencja uszkodzeń jądra ogoniastego i skorupy oraz rozdzielającej je istoty białej, która tworzy ramię przednie i kolano torebki wewnętrznej,

a także uszkodzeń istoty białej okołokomorowej w jej przedniej i tylnej części. Obraz uszkodzenia prążkowania jest nietypowy. Problemy programowania języka współwystępują z zaburzeniami jego realizacji. Trudności afatyczne dotyczą aktualizacji nazw oraz rozumienia złożonych struktur językowych. W *spectrum* zaburzeń realizacyjnych znajdują się trudności artykulacyjne, prozodyczne i fonacyjne, analogiczne do objawów patologii mowy występujących jako konsekwencja patologii prążkowania w chorobie Parkinsona, takie jak: obniżona wysokość i natężenie głosu, spowolnione tempo mówienia, monotonna intonacja, mamrotanie z mimowolnym powtarzaniem oraz mikrografia. Z tego też powodu diagnoza różnicowa tej afazji względem dyzatrtyi pozostaje kwestią sporną (K. Jodzio, W. M. Nyka, 2008).

**Afazja przewodzenia** (kondukcyjna) — wiąże się z uszkodzeniem zakrętu nadbrzeżnego lub zakrętu kąтового i wynika z zaburzeń połączenia między korą skroniową, czołową i ciemieniową. Bezpośrednią przyczyną jest prawdopodobnie przerwanie pęczka łukowatego, a także dysfunkcje innych struktur podkorowych łączących czuciowy i ruchowy obszar mowy (A. Herzyk, 1997). Głównym zaburzeniem w afazji przewodzenia są szczególne trudności w powtarzaniu słów, przy względnie dobrze zachowanym rozumieniu i płynnej artykulacji, w której mogą wystąpić parafazje głoskowe. Dodatkowo, występują zaburzenia nazywania, głośnego czytania i zapisywania ze słuchu. Pacjent ma zachowaną kontrolę słuchową i jest świadomy popełnianych błędów, podejmuje — chociaż z miernym skutkiem — próby korekty nieprawidłowo wypowiedzianych słów.

**Pierwotna afazja postępująca** — w obrazie klinicznym obserwuje się stopniowe i wolno postępujące (5–11 lat) narastanie zaburzeń językowych przy zachowanych we wczesnym etapie choroby sprawnościach intelektualnych i behawioralnych (brak symptomów demencji). Rozumienie, funkcje wzrokowo-przestrzenne oraz pamięć mieszczą się w granicach normy lub powyżej przeciętnej. Względnie długo zachowana pozostaje zdolność formułowania ocen oraz umiejętność samodzielnego radzenia sobie w codziennych sytuacjach. U większości pacjentów obserwuje się obniżony nastrój i świadomość własnych zaburzeń. Afazja pierwotna postępująca dotyczy osób w okresie przedstarzym (przed 65. rokiem życia), u których nie występują wyraźne oznaki zaburzeń neurologicznych. Trudności mają początkowo łagodny charakter i mogą pozostać niezauważone przez otoczenie lub zinterpretowane, np. jako wynik stresującego stylu życia lub problemów natury emocjonalnej.

Procesy degeneracyjne w mózgu występują w półkuli dominującej dla mowy. Zanik mózgu jest asymetryczny, wyraźniej zaznaczony w półkuli lewej, słabiej po prawej stronie. Klasyczne badania neuroobrazowe (CT, MRI) we wczesnej fazie choroby nie są detekcyjne, badania funkcjonalne mózgu

(fMRI, SPECT i PET) są przeprowadzane w związku z podejrzeniem objawów choroby neurodegeneracyjnej, obserwowanych w badaniu neurologopedycznym, bowiem pierwsze symptomy postępującej choroby są rozpoznawalne w zachowaniach językowych. Diagnoza logopedyczna jest weryfikowana w badaniu neurologicznym w kolejnym etapie choroby, w związku z wystąpieniem zaburzeń motorycznych. Standardowe badania neuroobrazowe dokumentują proces neurodegeneracji dopiero w odległym okresie od zachorowania (K. Jodzio, 1999).

Narzędzia logopedyczne są przydatne już w diagnozowaniu wczesnej fazy afazji pierwotnej postępującej. Narastanie deficytów językowych, poznawczych, emocjonalnych i motorycznych w PPA wymaga ciągłej weryfikacji doboru narzędzi diagnostycznych i metod terapeutycznych.

### DIAGNOZA RÓŻNICOWA

Klasyczne i nieklasyczne postacie afazji stosunkowo rzadko występują w podręcznikowo „czystej” formie. Na ogół objawy danego pacjenta wykazują jedynie pewne podobieństwo do znanego z literatury zespołu. Praktyka logopedyczna dowodzi, że u większości pacjentów ze schorzeniami neurologicznymi występują sprzężone i niespecyficzne zaburzenia mowy, stąd potrzeba diagnozy różnicowej i konieczność zindywidualizowanej metodyki terapii logopedycznej. Przesłankami do takiego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego jest rozpoznanie neurologiczne, wyniki badań neuroobrazowych, wiek chorego, wyniki badań specjalistycznych, charakterystyka społeczna pacjenta, rodzaj lateralizacji, bilingwizm oraz specyfika objawów patologii mowy (J. Panasiuk, 2005b).

W różnicowaniu afazji względem innych jednostek patologii mowy należy dokonać interpretacji objawów afazji dotyczących:

— „nieafatycznych zaburzeń mowy” (pragnozji): ocena lateralizacji, lokalizacja uszkodzenia mózgu, spektrum objawów zaburzeń języka i komunikacji;

— demencji: wiek chorego, wielogniskowy i rozsiany charakter uszkodzeń neurologicznych, powikłana historia choroby, dynamika narastania zaburzeń językowych i poznawczych, specyfika objawów w zakresie wyższych czynności psychicznych;

— dyzartrii: lokalizacja uszkodzenia mózgu, ocena neurologiczna, specyfika i względnie trwałe charakter zaburzeń w realizacji wypowiedzi mówionych;

— głuchoty: wyniki badania audiologicznego, zaburzenia w recepcji wszelkich dźwięków otoczenia;

- dysglosji: wyniki badania foniatrycznego, laryngologicznego, ortodontycznego, specyfika i względnie trwały charakter objawów w zakresie realizacji wypowiedzi mówionych,
- niedoksztalcenia mowy o typie afazji: wiek chorego, czas wystąpienia incydentu neurologicznego względem ontogenezy mowy, specyfika objawów językowych;
- agnozji: wyniki badania neuropsychologicznego, specyfika objawów w zakresie określonej modalności zmysłowej, występowanie trudności percepcyjnych na materiale niewerbalnym;
- apraksji: wyniki badania neuropsychologicznego, specyfika objawów motorycznych w realizacji czynności niewerbalnych;
- aleksji: wyniki badania neuropsychologicznego, specyfika objawów w zakresie czynności czytania;
- agrafii: wyniki badania neuropsychologicznego, specyfika objawów w zakresie czynności pisania;
- akalkulii: wyniki badania neuropsychologicznego, specyfika objawów w zakresie czynności liczenia;
- zespołu psychoorganicznego: lokalizacja uszkodzenia mózgu, wyniki badania psychiatrycznego, specyfika zaburzeń emocjonalnych, behawioralnych i językowych.

Wyniki diagnozy różnicowej determinują kierunek postępowania terapeutycznego oraz wskazują na rokowania w terapii logopedycznej.

## PROGRAMOWANIE TERAPII LOGOPEDYCZNEJ W PRZYPADKACH AFAZJI

### CELE TERAPII LOGOPEDYCZNEJ

Celem postępowania logopedycznego w przypadkach afazji jest odbudowa sprawności użycia języka w jego poznawczej, interakcyjnej i grupotwórczej funkcji. We wczesnym okresie po zachorowaniu cel ten jest osiągany poprzez aktywizowanie spontanicznego powrotu zablokowanych i zaburzonych czynności językowych oraz zapobieganie wystąpieniu objawów niekorzystnych dla chorego, np. fałszywych kompensacji pod postacią embolofrazji czy stylu telegraficznego, lub też logofobii itp. W kolejnym etapie zdrowienia, po ustabilizowaniu się zespołu objawów zaburzeń będących konsekwencją organicznych uszkodzeń mózgu, terapia jest ukierunkowana na przełamanie mechanizmu zakłócającego realizację czynności językowych poprzez przebudowę układu funkcjonalnego dla mowy.

## STRATEGIE I METODY POSTĘPOWANIA TERAPEUTYCZNEGO

Wybór strategii i metod postępowania terapeutycznego w przypadkach afazji jest uzależniony od wyników diagnozy logopedycznej, stanu klinicznego pacjenta, warunków, w jakich terapia jest prowadzona oraz planowanego okresu, w którym pacjent może z niej korzystać. Ze względu na wymienione zmienne wyróżnia się następujące strategie terapii: maksymalistyczną, realistyczną i minimalistyczną (M. Maruszewski, 1974).

Strategia maksymalistyczna zakłada, że chory będzie pozostawał pod opieką fachową tak długo, jak tego będzie wymagał program terapii. Przygotowując tę strategię, terapeuta decyduje się na rehabilitację w zakresie wszystkich zaburzonych czynności, w pierwszej kolejności zaburzeń podstawowych, będących źródłem trudności pacjenta, a w dalszym etapie zaburzeń o charakterze wtórnym.

Strategia realistyczna stosowana jest wtedy, gdy przewidywany okres terapii jest niewystarczający do zlikwidowania wszystkich trudności, a po jego upływie chory może pozostać bez opieki fachowej. Terapię prowadzi się wtedy tak, aby wyćwiczone umiejętności były w jak największym stopniu przydatne do porozumiewania się i chory mógł ją kontynuować (ćwiczenia samodzielne lub z pomocą rodziny).

Strategia minimalistyczna wykorzystywana jest wówczas, gdy zaburzenia czynności wyższych są bardzo głębokie i chory znajduje się w złym stanie ogólnym. Oznacza to, że nawet długi okres rehabilitacji daje znikome szanse poprawy na tyle dużej, by przywrócić choremu słowny kontakt z otoczeniem. Terapeuta wykorzystuje zastępcze formy porozumiewania się, wprowadzając mniej skuteczne, ale gwarantujące przynajmniej minimum kontaktu z otoczeniem.

Realizacja tych strategii odbywa się przy różnej częstotliwości spotkań z pacjentem ze względu na warunki prowadzenia terapii i stan kliniczny chorego. We wczesnym okresie zdrowienia, w warunkach leczenia szpitalnego lub sanatoryjnego, zalecane są codzienne zajęcia logopedyczne, połączone z instruktażem dla rodziny i osób najbliższych w wymiarze dwu jednostek półgodzinnych. W późniejszym okresie zdrowienia, w warunkach leczenia ambulatoryjnego, zalecane są półgodzinne sesje dwa razy w tygodniu (z możliwością ich łączenia w jedną jednostkę godzinną), połączone z instruktażem dla rodziny. Długość zajęć wyznacza stan chorego — podatność na zmęczenie, stopień aktywności, głębokość zaburzeń mowy.

W obrębie metod wykorzystywanych w terapii chorych z afazją stosuje się:

a) metody pobudzające (pośrednie), które mobilizują chorego do podejmowania prób porozumiewania się — stosuje się je w tych przypadkach,

kiedy zaburzenia mowy u chorego są głębokie i towarzyszą im zmiany psychogenne w stosunku do otoczenia i własnej osoby lub też w usprawnianiu pacjentów we wczesnym okresie zdrowienia, u których na pierwszy plan wysuwają się zaburzenia wynikające ze zmian neurodynamicznych w mózgu, w obrębie tych metod można wyodrębnić:

— metody rozhamowujące, które opierają się na założeniu, że istotą zaburzeń mowy jest zablokowanie funkcji językowych, zatem cel terapii jest w tym przypadku określony jako wywołanie zautomatyzowanej aktywności werbalnej, co ma doprowadzić w dalszym etapie do reaktywacji kontrolowanych i dowolnych zachowań językowych;

— metody stymulujące, których podstawą jest stanowisko, że aktywność językowa chorego wiąże się z treścią materiału językowego; w doborze materiału ćwiczeniowego uwzględnia się cechy osobowościowe, zainteresowania oraz potrzeby komunikacyjne chorego, by wzbudzić w nim psychiczną gotowość i motywację do mówienia — w tym celu można wykorzystywać rozmaite kanały przekazu (mówienie, pisanie, gestykulowanie);

— metody uprzedzania mają na celu zapobieganie ewentualnym późniejszym zaburzeniom psychogenным (jak np. niechęć chorego do podejmowania prób nawiązania kontaktu słownego z otoczeniem) i umożliwiają optymalne przystosowanie się chorego do nowej sytuacji;

b) metody bezpośrednie (ćwiczące te czynności językowe, które są zaburzone), które służą wykorzystaniu rezerw tkwiących w uszkodzonej okolicy — stosuje się je w tych przypadkach, gdy ze względu na cechy lateralizacji, płeć lub wiek chorego istnieje możliwość przejęcia zaburzonych funkcji przez drugą półkulę lub gdy stwierdza się rezerwowe możliwości w zakresie ćwiczonej sprawności.

Stosowanie metod bezpośrednich opiera się na analitycznym podejściu w diagnozowaniu afazji: wykryciu defektu podstawowego, który leży u podłoża zakłóceń w realizacji czynności językowych, postawieniu rozpoznania logopedycznego, a następnie ustaleniu procedur właściwych dla odbudowy sprawności językowych z pominięciem uszkodzonego ogniwa układu funkcjonalnego.

W programowaniu terapii logopedycznej punktem wyjścia są zachowane sprawności językowe i poznawcze, a kolejne etapy oddziaływań terapeutycznych służą stopniowemu przełamywaniu trudności zaburzonych w stopniu najwyższym. Wśród dodatkowych zmiennych, które wpływają na program terapii logopedycznej, jest możliwość współwystępowania innych jednostek patologii mowy, które indywidualnie modyfikują obraz afatycznego spektrum objawów w przypadku konkretnych osób z uszkodzeniami mózgu i wymagają stosowania osobnych technik terapeutycznych, które należy włączyć w pro-

gram usprawniania logopedycznego związanego z przełamywaniem zaburzeń afatycznych.

Ponadto, indywidualne uwarunkowania w budowaniu programu terapii dla poszczególnych osób wymagają współpracy z innymi specjalistami zaangażowanymi w program usprawniania zaburzeń poznawczych, emocjonalnych, ruchowych czy fizjologicznych, będących następstwem przebytej choroby neurologicznej, a także opracowania opinii neurologopedycznej dla zespołu orzekającego o potrzebie zaopatrzenia osoby dorosłej z uszkodzeniami i/lub dysfunkcjami układu nerwowego w niezbędne wyposażenie rehabilitacyjne, edukacyjne, finansowe itp., służące przyjętemu celom rehabilitacyjnym.

Dynamika zaburzeń afatycznych wynikająca z przebiegu choroby, możliwości kompensacyjnych mózgu, mechanizmów przystosowawczych pacjentów z afazją, działań rehabilitacyjnych, stanu klinicznego pacjenta, jego samopoczucia itp. nasuwają konieczność spojrzenia na afazję w aspekcie diachronicznym i przeprowadzania diagnozy logopedycznej wielokrotnie (wstępnej, kontrolnych i końcowej), co może pociągać za sobą weryfikację wcześniejszych stanowisk diagnostycznych, prognostycznych i strategii terapeutycznych.

## POSTĘPOWANIE TERAPEUTYCZNE

1. Sformułowanie szczegółowego programu terapii (przy uwzględnieniu typu afazji i zaburzeń towarzyszących dla indywidualnych potrzeb pacjenta).
2. Program dla opiekunów oraz osób z najbliższego otoczenia chorego.
3. Prowadzenie dokumentacji terapii.
4. Okresowa ocena postępów terapii.
5. Weryfikacja hipotez diagnostycznych.
6. Modyfikacja programu terapii.

## BIBLIOGRAFIA

- Adams K. M., 1980, *In search of Luria's Battery: a false start*, „The Journal of Consulting and Clinical Psychology”, 48, s. 511–516.
- Ambrosius W., Mejnartowicz J. P., Kozubski W., 2003, *Strukturalne podstawy afazji w świetle czynnościowych metod neuroobrazowania*, „Udar Mózgu”, 5, 2, s. 25–30.
- Bąk B., 1987, *Zastosowanie analizy syndromologicznej w neuropsychologicznym badaniu pacjenta*, [w:] *Diagnoza neuropsychologiczna. Przegląd zagadnień*, red. M. Klimkowski, A. Herzyk, Lublin, s. 65–78.
- Ber R., 1992, *Neurologia kliniczna*, Bielsko-Biała.
- Benton A. L., Hamsher K., Sivan A. B., 1978, *Multilingual Aphasia Examination*, „AJA Associates”, Iowa City. IA.

- Davis G. A., Wilcox M. J., 1985, *Adult Aphasia Rehabilitation: Applied Pragmatics*, San Diego: Singular Windsor.
- Dobrzyńska J., 1991, *Afazja skrzyżowana u osób praworęcznych*, „Neurologia i Neurochirurgia Polska”, 25, s. 31–39.
- DSM-IV, 1993, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Draft Criteria. Task Force on DSM-IV*, Washington.
- Fuller G., 1995, *Badanie neurologiczne — to proste*, Warszawa.
- Goldstein K., 1948, *Language and Language Disturbances*, New York.
- Grabias S., 1997, *Mowa i jej zaburzenia*, „Audiofonologia”, X, s. 9–36.
- Herzyk A., 1992, *Asymetria i integracja półkulowa a zachowanie*, Lublin.
- Herzyk A. Oszwa U., 1994, *Asymetria funkcjonalna w percepcji treści emocjonalnych*, [w:] *Neuropsychologia kliniczna. Wybrane zagadnienia*, red. M. Klimkowski, A. Herzyk, Lublin, s. 13–29.
- Herzyk A., 1997, *Taksonomia afazji. Kryteria klasyfikacji i rodzaje zespołów zaburzeń*, „Audiofonologia”, X, s. 83–101.
- Herzyk A., 2000, *Afazja: mechanizmy mózgowe i symptomatologia*, „Logopedia”, 27, s. 23–54.
- Holland A. L., 1980, *Communication Activities in Daily Living*, Baltimore.
- Horoszczaruk D., 1998, *Farmakoterapia chorych z afazją*, [w:] *Diagnoza i terapia chorych z afazją*, red. A. Balejko, Białystok.
- ICD-10, 1994, *Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja dziesiąta*, Kraków.
- Jodzio K., 1999, *Afazja pierwotna postępująca*, Gdańsk.
- Jodzio K., Nyka W. M., 2008, *Zaburzenia językowe oraz mowy w praktyce ogólnolekarskiej*, „Forum Medycyny Rodzinnej”, 2, 1, s. 14–22.
- Kaczmarek B. L. J., 1993, *Płaty czołowe a język i zachowanie człowieka*, Lubin.
- Kaczmarek B. L. J., 1995, *Mózg, język, zachowanie*, Lublin.
- Kądziaława D., 1997, *Zaburzenia językowe po uszkodzeniach podkorowych mózgu*, [w:] *Związek mózg — zachowanie w ujęciu neuropsychologii klinicznej*, red. A. Herzyk, D. Kądziaława, Lublin, s. 111–155.
- Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICS-10. Opisy kliniczne, wskazówki diagnostyczne*, 2000, red. S. Puzyński, J. Wciórka, Kraków–Warszawa.
- Klimkowski M., 1987, *Poglądy na związek psychiki z mózgiem a diagnoza neuropsychologiczna*, [w:] *Diagnoza neuropsychologiczna. Przegląd zagadnień*, red. M. Klimkowski, A. Herzyk, Lublin.
- Knapik H., 1993, *„Ręczność” a komunikacja człowieka*, [w:] *Opuscula Logopaedica in honorem Leonis Kaczmarek*, Lublin, s. 64–71.
- Kościeszka M., 1990, *Wartość diagnostyczna Token Testu w badaniu zaburzeń afatycznych*, „Audiofonologia”, 2, s. 71–84.
- Kozubski W., 2004, *Farmakoterapia otępień naczyniopochodnych — leczenie doraźne*, „Aktualn. Neurol.”, 4 (3), s. 186–194.
- Leszek J., 2003, *Choroby otępienne. Teoria i praktyka*, Wrocław, s. 257–402.
- Lezak M., 1983, *Neuropsychological Assessment*, New York–Oxford.
- Litwin T., Litwin M., Seniów J., 2003, *Afazja poudarowa — farmakologiczne wspomaganie terapii zaburzeń językowych*, „Farmakoterapia w Psychiatrii i Neurologii”, 3, s. 73–80.
- 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*, Warszawa.

- Macheta A., Pryjma J., Andres J., 2001, *Systemy punktowe do oceny świadomości u chorych z urazami ośrodkowego układu nerwowego (OUN)*, „Folia Medica Cracoviensia”, 4, s. 65–72.
- Marczewska H., Osiejuk, E., 1994, *Nie tylko afazja... O zaburzeniach językowych w demencji Alzheimerera, demencji wielozawałowej i przy uszkodzeniach prawej półkuli mózgu*, Warszawa.
- Martin G. N., 2001, *Neuropsychologia*, Warszawa.
- Maruszewski M., 1966, *Afazja. Zagadnienia teorii i terapii*, Warszawa.
- Maruszewski M., 1970, *Mowa a mózg. Analiza neuropsychologiczna*, Warszawa.
- Maruszewski M., 1974, *Chory z afazją i jego usprawnianie*, Warszawa.
- Mierzejewska H., 1977, *Afatyczna dezintegracja fonetycznej postaci wyrazów*, Wrocław.
- Nielsen J. M., 1946, *Agnosia, Apraxia and Aphasia*, New York.
- Orgass B., 1976, *Eine Revision des Token Tests. Teil I und II*, „Diagnostica”, 22, 70–87, s. 141–156.
- Osiejuk E., 1994, *Problematyka dyskursu w neuropsychologii poznawczej*, Warszawa.
- Panasiuk J., 2005a, *Struktury języka a struktury poznania w afazji*, [w:] *Logopedia. Teoria i praktyka*, red. M. Młynarska, T. Smereka, Wrocław, s. 69–91.
- Panasiuk J., 2005b, *Diagnoza różnicowa zaburzeń językowych u chorych z uszkodzeniami mózgu*, [w:] *Logopedia. Teoria i praktyka*, red. M. Młynarska, T. Smereka, Wrocław, s. 44–68.
- Panasiuk J., 2007, *Metodologia badań nad afazją*, [w:] *Afazja i autyzm. Zaburzenia mowy oraz myślenia*, red. M. Młynarska, T. Smereka, Wrocław, s. 45–66.
- Pawłow I. P., 1952, *Wykłady o czynności mózgu*, Warszawa.
- Pąchalska M., Kaczmarek B. L. J., Knapik H., 1995, *Cracow Neurolinguistic Aphasia Battery (CNAB-R)*, „Aphasiology”, 9, s. 193–206.
- Pąchalska M., 1999, *Afazjologia*, Warszawa–Kraków.
- Pąchalska M., MacQueen B. D., 2000, *Zachodnia Bateria Afazji (WAB — wersja polska)*, Kraków.
- Penfield W., Roberts L., 1959, *Speech and Brain-Mechanisms*, Princeton.
- Prusiński A., 1989, *Podstawy neurologii klinicznej*, Warszawa.
- Przesmycka-Kamińska J., 1980, *Zaburzenia porozumiewania się słownego z otoczeniem w afazji*, Wrocław.
- Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, 1992, red. A. Bilikiewicz, W. Strzyżewski, Warszawa.
- Psychologia kliniczna*, 1978, red. A. Lewicki, Warszawa.
- Puchowska-Florek M., Książkiewicz B., Nowaczewska M., 2005, *Ocena przydatności wybranych skal i testów do oceny afazji u pacjentów w ostrym okresie udaru mózgu*, „Udar Mózgu”, 7, 2, s. 39–47.
- Pużyński S., 1988, *Depresje*, Warszawa.
- Renzi E. de, Vignolo L. A., 1962, *The Token Test: a sensitive test to detect receptive disturbances in aphasia*, „Brain”, 85, IV, s. 665–678.
- Schuel H., 1965, *Administrative Manual for the Minnesota Test for Differential Diagnosis of Aphasia*, Minneapolis.
- Skinner, C., Wirz, S., Thompson, I., Davidson, J., 1984, *Edinburgh Functional Communication Profile*, Winslow.
- Studen M., Plużek Z., 1992, *Wartość diagnostyczna baterii testowej Łuria-Nebraska*, Lublin.

- Steuden M., 1997, *Przegląd technik badawczych ośrodkowego układu nerwowego*, [w:] *Zaburzenia w funkcjonowaniu człowieka z perspektywy neuropsychologii klinicznej*, red. A. Herzyk, D. Kądziaława, Lublin, s. 37–60.
- Steuden M., 2000, *Wybrane metody neuropsychologiczne do badania funkcji płatów czołowych mózgu*, [w:] *Diagnoza neuropsychologiczna. Metodologia i metodyka*, red. A. Borkowska, E. M. Szepietowska, Lublin, s. 69–99.
- Styczek I., 1983, *Logopedia*, Warszawa.
- Szelaż E., 1998, *Polska adaptacja Aachner Aphasia Test*, [w:] Z. Tarkowski, *Biuletyn Afazja*, Lublin, 6, s. 13–16.
- Szepietowska E. M., 2000, *Diagnoza neuropsychologiczna. Procedura i ocena*, Lublin.
- Szepietowska E. M., Misztal H., 2000, *Neuropsychologiczna diagnoza afazji*, [w:] *Diagnoza neuropsychologiczna. Metodologia i metodyka*, red. A. Borkowska, E. M. Szepietowska, Lublin, s. 129–148.
- Szumaska J., 1980, *Metody badania afazji*, Warszawa.
- Taylor-Sarno M. L., 1969, *The functional communication profile: manual of directions*, „Monograph”, 41, New York.
- Tokarz F., 1992, *Nerwowe ośrodkowe i obwodowe zaburzenia mowy oraz głosu (afazja, dyzartria, dysfonia, mutyzm)*, [w:] *Foniatryka kliniczna*, red. A. Pruszevicz, Warszawa, s. 263–278.
- Tonkonogij I., Wassermann L., Dorofsiewa S. A., Meierson J., 1977, *Diagnosticzeskaja nejropsichologiczeskaja mietodika. Mietodiczeskije rekomendaczi*, Leningrad.
- Tłokiński W., 1986, *Mowa. Przegląd problematyki dla psychologów i pedagogów*, Warszawa.
- Whurr, R., 1996, *The Aphasia Screening Test (2nd Ed)*, San Diego.
- Willmes K., Poeck K., Weniger D., Huber W., 1983, *Facet theory applied to the construction and validation of the Aachen Aphasia Test*, „Brain and Language”, 18, s. 259–276.
- Zaleski T., 1993, *Klasyfikacja zaburzeń mowy*, [w:] *Diagnoza i terapia zaburzeń mowy*, red. T. Gałkowski, Z. Tarkowski, T. Zaleski, Lublin, s. 47–50.