

JOLANTA PANASIUK

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

Standard postępowania logopedycznego w pragnozji

The Standard of Logopedic Treatment in Pragnosia

DEFINIOWANIE

Pragnozja („nieafatyczne” zaburzenia mowy) nie znalazła dotychczas ujęcia w międzynarodowych klasyfikacjach chorób (DSM IV i ICD-10), natomiast w logopedii stanowi osobną jednostkę patologii mowy i obejmuje nabyte na skutek ogniskowych uszkodzeń podległej (zwykle prawej) półkuli mózgu zaburzenia zachowań językowych i komunikacyjnych. Podległa półkula mózgu odpowiada za pewne elementarne zdolności językowe, ale przede wszystkim jest związana z analizą pragmatycznych aspektów wypowiedzi. Wbrew dawnym poglądom, obecnym do dziś, w praktyce postępowania klinicznego, stwierdzić należy, że obydwie półkule są zaangażowane w przetwarzanie informacji językowych, każda w specyficzny dla siebie sposób. Dowodzą tego współczesne badania nad asymetrią funkcjonalną mózgu. Takie stwierdzenie doprowadza do zmiany procedur postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w przypadku osób z uszkodzeniami lub dysfunkcjami struktur mózgowych i wskazuje na konieczność ujmowania pragnozji w typologiach i klasyfikacjach zaburzeń mowy.

DIAGNOZOWANIE

Diagnoza pragnozji powinna być przeprowadzona w oparciu o badanie neurologiczne, neuropsychologiczne i logopedyczne. W wyniku tych badań należy stwierdzić:

1. 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 odpowiedzieć na kolejne pytania:

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

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

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

Pragnozję rozpoznaje się wówczas, gdy u chorego występuje organiczne uszkodzenie mózgu w obrębie podległej (zwykle prawej) półkuli mózgu, któremu towarzyszą rozmaite zaburzenia czynności poznawczych, w tym zaburzenia zachowań językowych i komunikacyjnych. Ocena logopedyczna powinna być przeprowadzona w czasie, kiedy badany ma zachowaną świadomość, jest zorientowany auto- i allopsychicznie, a jego stan kliniczny jest stabilny.

Metodyka postępowania logopedycznego w przypadkach pragnozji zależy od etapu zdrowienia, ogólnego stanu klinicznego pacjenta, warunków prowadzenia diagnozy i terapii (szpital — przy łóżku, gabinet logopedyczny, turnus rehabilitacyjny).

PROCEDURA DIAGNOZOWANIA PRAGNOZJI

Diagnoza logopedyczna wymaga dokonania analizy danych uzyskanych z dokumentacji leczenia, wywiadu oraz obserwacji, wyników badań instrumentalnych, opinii specjalistycznych. W procedurze diagnozowania logopedycznego dokonuje się oceny sprawności językowych i komunikacyjnych przed zachorowaniem i po incydencie neurologicznym. Wyniki badań logopedycznych są interpretowane w kontekście oceny neuropsychologicznej.

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 (ocena neurologiczna pacjenta: stan czynności fizjologicznych, sprawności motorycznych i in.);
- c) wyniki badań instrumentalnych: EEG, CT, MRI, SPECT, angiografia, EKG i in.;
- d) prowadzone leczenie farmakologiczne i usprawniające;
- e) przebyte hospitalizacje, historia zachorowania.

DANE Z WYWIADU

Wywiad logopedyczny prowadzony jest z chorym, członkami jego rodziny, personelem medycznym, a także osobami mającymi kontakt z badanym w szpitalu. Celem wywiadu jest określenie następujących zmiennych:

- a) wykształcenie, zawód, zainteresowania;
- b) struktura rodziny;
- c) lateralizacja;
- d) stan sprawności językowych i komunikacyjnym przed incydem neurologicznym;
- e) dynamika zaburzeń języka i komunikacji we wczesnej fazie zdrowienia;
- f) współwystępowanie innych zaburzeń (fizjologicznych, motorycznych, emocjonalnych, poznawczych) w związku ze stanem klinicznym osoby badanej.

WYNIKI OBSERWACJI

Obserwowanie chorego jest ukierunkowane na zebranie informacji dotyczących:

- a) stopnia orientacji w otoczeniu,
- b) stanu emocjonalnego i sposobów reagowania na chorobę oraz jej skutki,
- c) dynamiki stanu klinicznego,
- d) sposobu nawiązywania kontaktu (werbalnego i niewerbalnego) z otoczeniem,
- e) stanu sprawności językowych i komunikacyjnych chorego oraz zdolności do wchodzenia w interakcje.

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-psychochiatryczną, audiologiczną, okulistyczną, foniatryczną, laryngologiczną itp.

BADANIE LOGOPEDYCZNE

Diagnozowanie przynajmniej u pacjentów, u których nastąpiła stabilizacja objawów klinicznych, zwłaszcza w warunkach gabinetu logopedycznego, polega na opisie stanu kompetencji językowych i komunikacyjnych oraz wskazaniu, które sprawności zostały zachowane, a które zniesione oraz na określeniu mechanizmów rozpoznanych zaburzeń.

W praktyce klinicznej do badania ekstra- i paralingwistycznych aspektów mowy stosuje się często metody opowiadania rysunków sytuacyjnych, historyjek obrazkowych i tworzenia innych tekstów narracyjnych. Wypowiedzi chorego ocenia się ze względu na długość, organizację strukturalną, kompletność i parametry czasowo-przestrzenne narracji. Zwraca się także uwagę na zachowania zrytualizowane społecznie: używanie zwrotów grzecznościowych, poczucie humoru, kolejność zabierania głosu, gestykulację czy utrzymywanie kontaktu wzrokowego (K. Jodzio, W. M. Nyka, 2008).

Badanie logopedyczne obejmuje ocenę sprawności chorego w zakresie realizacji rozmaitych czynności językowych z uwzględnieniem innych czynności poznawczych i zachowań komunikacyjnych. Wyniki badania logopedycznego — wskazując na rodzaj, głębokość i patomechanizm obserwowanych zaburzeń mowy — pozwalają na postawienie rozpoznania logopedycznego. Procedura badania logopedycznego przynajmniej przebiega następująco:

1. Realizacja struktur fonetycznych:

- a) mówienie od siebie na tematy swobodne,
- b) głośne odczytywanie:
 - tekstu,
 - neologizmów,
 - słab opozycyjnych,
 - głosek,
- c) głoskowanie słów,
- d) pisanie:
 - od siebie,
 - pod dyktando,
 - przepisywanie,
- e) literowanie wyrazów,
- g) realizacja przebiegów intonacyjnych:
 - zdania oznajmujące,
 - zdania rozkazujące,
 - zdania pytające,
- h) realizacja akcentu logicznego w zdaniach.

2. Rozpoznawanie struktur fonetycznych:

- a) powtarzanie:
 - samogłosek,
 - sylab,
 - neologizmów,
 - paronimów,
 - sylab opozycyjnych,
 - b) korygowanie błędów fonetycznych:
 - w słyszanych słowach,
 - w czytanych wyrazach,
 - c) rozpoznawanie przebiegów intonacyjnych:
 - zdania oznajmujące,
 - zdania rozkazujące,
 - zdania pytające;
 - d) rozpoznawanie akcentu logicznego w zdaniach.
3. Powtarzanie:
- a) ciągu słów — ocena zakresu powtarzania,
 - b) neologizmów — ocena zakresu powtarzania,
 - c) zdań prostych,
 - d) zdań złożonych.
4. Tworzenie konstrukcji fleksyjnych i składniowych, takich jak:
- a) wyrażenia przyimkowe,
 - b) strona bierna,
 - c) związki rzędu,
 - d) wyrażenia porównawcze,
 - e) inwersja składniowa.
5. Rozumienie konstrukcji fleksyjnych i składniowych, takich jak:
- a) wyrażenia przyimkowe,
 - b) strona bierna,
 - c) związki rzędu,
 - d) wyrażenia porównawcze,
 - e) inwersja składniowa.
6. Nazywanie:
- a) czynności:
 - fizycznych,
 - umysłowych,
 - b) rzeczy i zjawisk:
 - konkretnych,
 - abstrakcyjnych,
 - c) cech czynności, rzeczy i zjawisk:

- zmysłowych,
 - umysłowych,
 - d) stanów emocjonalnych.
7. 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,
 - d) stanów emocjonalnych.
8. Różnicowanie znaczeń słów:
- a) synonimów,
 - b) polisemów,
 - c) homonimów,
 - b) paronimów,
 - c) antonimów.
9. Definiowanie nazw:
- a) czynności:
 - fizycznych,
 - umysłowych,
 - b) rzeczy i zjawisk:
 - konkretnych,
 - abstrakcyjnych,
 - c) cech czynności, rzeczy i zjawisk:
 - zmysłowych,
 - umysłowych,
 - d) stanów emocjonalnych.
10. Aktualizacja ciągu nazw:
- a) według kryteriów znaczeniowych,
 - b) według kryteriów formalnych.
11. Ocena poprawności sądów pod względem:
- a) formalno-językowym,
 - b) semantycznym,
 - c) pragmatycznym.

12. Rozumienie znaczenia tekstów mówionych w kontekście i poza kontekstem sytuacyjnym:
 - a) dialogowych:
 - akty mowy bezpośrednie,
 - akty mowy pośrednie,
 - b) monologowych (odpowiadanie na pytania do tekstu, nadawanie tytułu):
 - o znaczeniu dosłownym,
 - o znaczeniu metaforycznym.
13. Tworzenie tekstów mówionych w kontekście i poza kontekstem sytuacyjnym:
 - a) dialogowych:
 - akty mowy bezpośrednie,
 - akty mowy pośrednie,
 - b) monologowych:
 - o znaczeniu dosłownym,
 - o znaczeniu metaforycznym.
14. Rozumienie znaczenia tekstów pisanych:
 - a) o znaczeniu dosłownym,
 - b) o znaczeniu metaforycznym.
15. Tworzenie tekstów pisanych:
 - a) o znaczeniu dosłownym,
 - b) o znaczeniu metaforycznym.
16. Realizacja gatunkowo-stylistycznych form wypowiedzi i aktów mowy.
17. Realizacja językowych reguł społecznych:
 - a) rangi:
 - równorzędne,
 - nierównorzędne,
 - b) typ kontaktu:
 - oficjalny,
 - nieoficjalny,
 - trwałe,
 - nietrwałe.
18. Realizacja językowych reguł sytuacyjnych:
 - a) czas:
 - wypowiedź dotyczy zdarzeń i osób aktualnie postrzeganych,
 - wypowiedź dotyczy zdarzeń i osób z przeszłości lub przyszłości,
 - b) miejsce:
 - realizacja wypowiedzi w miejscu otwartym,

- realizacja wypowiedzi w miejscu zamkniętym,
 - c) temat rozmowy (autobiografia, dom rodzinny, praca, zawód, nauka, szkoła, czas wolny, życie kulturalne, usługi, ideologia i in.),
 - d) liczba rozmówców,
 - e) gatunek wypowiedzi (monolog, dialog, polilog).
19. Realizacja językowych reguł pragmatycznych:
- a) funkcja emocjonalna:
 - emocje pozytywne,
 - emocje negatywne,
 - b) funkcja informacyjna:
 - oznajmienia,
 - przeczenia,
 - potwierdzenia,
 - pytania,
 - c) funkcja modalna:
 - pewność,
 - przypuszczenie,
 - nieokreśloność modalna,
 - wątpliwość,
 - wykluczenie,
 - d) funkcja działania:
 - zainteresowania działaniem,
 - gotowość do działania,
 - pobudzanie do działania.
20. Realizacja komunikatów niewerbalnych:
- a) w subkodzie prozodycznym,
 - b) w subkodzie kinetycznym,
 - c) w subkodzie proksemicznym.
21. Rozumienie komunikatów niewerbalnych:
- a) w subkodzie prozodycznym,
 - b) w subkodzie kinetycznym,
 - c) w subkodzie proksemicznym.
22. Rozpoznawanie treści widzianych obrazów:
- a) realistyczne rysunki,
 - b) schematyczne rysunki,
 - c) symbole graficzne,
 - d) absurdy rysunkowe,
 - e) humor rysunkowy,
 - f) kategorie semantyczne.

23. Orientacja:

- a) w przestrzeni:
 - w schemacie własnego ciała,
 - na mapie,
 - na zegarze,
- b) w czasie:
 - podawanie daty,
 - określanie przedziałów czasowych.

24. Rysowanie:

- a) z pamięci,
- b) według wzorca.

25. Liczenie:

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

26. Pamięć:

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

ROZPOZNANIE LOGOPEDYCZNE — OPIS PRZYPADKU

U chorych z pragnozą występuje specyficzne spektrum zaburzeń językowych i komunikacyjnych. Zaburzenia sprawności językowych dotyczą przede wszystkim realizacji jednostek podsystemu fonologicznego, ale niewielkie zakłócenia mogą obejmować również budowanie struktur języka na poziomie morfologicznym i składniowym. Szczególnie wyraziście ujawniają się ograniczenia natury leksykalno-semantycznej i tekstowej, związane z wyborem wartości stylistycznej słowa, analizą relewantnych i redundantnych treści tekstu (E. Osiejuk, 1994) oraz realizacją gatunkowo-stylistycznych wzorców wypowiedzi.

Na poziomie fonetycznym, w płaszczyźnie segmentalnej obserwuje się parafazje głoskowe (elizje, metatezy, substytucje itp.) występujące w czynnościach nazywania, powtarzania, a zwłaszcza głośnego czytania. Takim trudnościom w mówieniu odpowiadają zaburzenia w pisaniu — paragrafie literowe, polegające na omijaniu, reduplikowaniu części oraz całych liter w tekstach kopiowanych, pisanych samodzielnie i pod dyktando, zwłaszcza jeśli te czynności wykonywane są automatycznie. Powstawanie zaburzeń segmentalnych należy wiązać z zakłóceniami analizy i syntezy głoskowej i literowej —

analogicznymi do trudności obserwowanych w różnych formach afazji. Różnice w realizacji jednostek systemu fonologicznego pomiędzy osobami z afazją i pragnozą polegają na tym, że w przypadku uszkodzenia dominującej półkuli mózgu zaburzone są przede wszystkim czynności dowolne (kontrolowane), podczas gdy uszkodzenie półkuli prawej powoduje negatywne skutki zwłaszcza w automatycznych aspektach mówienia czy pisania. Ponadto, w trakcie czytania napisanego przez siebie tekstu pacjenci z pragnozą nie są zdolni do rozpoznawania i poprawiania popełnionych błędów. Kiedy czynność jest wykonywana w sposób kontrolowany, wówczas osoby z pragnozą realizują ją względnie poprawnie.

Na nasilenie zakłóceń fonetycznych u osób z uszkodzeniami podległej półkuli wpływa wiele zmiennych: uwarunkowania genetyczne (leworęczność w rodzinie), środowiskowe (niski poziom wykształcenia) czy kliniczne (przebyte choroby). Lateralizacja funkcji językowych może być mniejsza u niektórych osób praworęcznych i uszkodzenie półkuli mózgu tożsamernej do dominującej ręki powoduje zaburzenia w przetwarzaniu jednostek fonologicznych. Występowanie zakłóceń fonetycznych czy grafemicznych w pragnozie może też wynikać z zaburzeń wzrokowo-przestrzennych, które są częstym przejawem uszkodzeń podległej półkuli mózgu. Z tego powodu interpretacje zakłóceń fonetycznych w pisaniu należy skorelować z wynikami badania neuropsychologicznego.

W realizacji suprasegmentalnych cech wypowiedzi dominują uproszczenia struktury prozodycznej wypowiedzi. Realizacje są spłaszczone intonacyjnie, pozbawione akcentu logicznego, spowolnione i monotonne (aprozodia lingwistyczna). Osoby z pragnozą mają też trudności z ekspresją treści emocjonalnych (aprozodia emocjonalna) oraz percepcją stanów wewnętrznych rozmówcy na podstawie wyrazu twarzy czy emocjonalnej barwy głosu), przez to u chorych mogą wystąpić nieadekwatne reakcje emocjonalne. Zaburzone jest też rozpoznawanie znaczenia słyszanych wypowiedzi na podstawie konturu intonacyjnego oraz problemy z identyfikacją pragmatycznej funkcji elementów składniowych wyrażonej przez akcent zdaniowy.

W zakresie realizacji jednostek składniowych można zaobserwować uproszczenie lub redundancję składni, występowanie potoków składniowych, zdań wtrąconych i urwanych. Rozumienie struktur składniowych bywa zaburzone ze względu na problemy z hierarchizacją elementów tworzących zdanie, np. trudności dotyczą interpretacji znaczenia struktur porównawczych, związków rządu, strony biernej oraz zdań z epentezą składniową i szykiem przestawnym.

Na poziomie leksykalno-semantycznym ujawniają się trudności z definiowaniem słów, deficyty w nazywaniu, ograniczenia płynności słownej

w czynności przywoływania nazw zgodnie z kryterium formalnym lub znaczeniowym, zakłócenia w rozumieniu znaczeń metaforycznych oraz skłonność do stereotypii językowej i formuliczności. Najsilniej zaburzone jest działanie tych mechanizmów generowania słów, które wymagają największego zaangażowania procesów świadomego przeszukiwania pamięci, zachowane są natomiast procesy pamięciowe o charakterze bardziej automatycznym. Problemy semantyczne mogą wiązać się z redukcją liczby aktualizowanych nazw lub podawaniem niewłaściwych synonimów i antonimów, niemożnością rozpoznawania znaczenia homonimów i polisemów w kontekście językowym lub sytuacyjnym. Struktura słownika utrwalonego w prawej półkuli ma charakter konotacyjny i asocjacyjny, przez co pacjenci z przagnozją mają problemy w odnoszeniu wypowiedzi do kontekstu pozajęzykowego, organizowaniu poznawczych i emocjonalnych walorów tekstu, inicjowaniu działań w przetwarzaniu materiału językowego.

Objawy przagnozji ujawniają się najpełniej w wypowiedziach ponadzdaniowych, na poziomie tekstu. Następuje dezintegracja makro- i mikrostruktury tekstu. Zaburzone jest tworzenie samodzielnych wypowiedzi — w dialogu charakterystyczna jest dygresyjność, rozwlekłość, egocentryczność, mówienie „ksobne”. Trudności manifestują się też przy tworzeniu opowiadań na podstawie obrazków, streszczaniu przeczytanego tekstu itp. W tok wypowiedzi wplatane są elementy własnej biografii, nowe wątki bez wcześniejszego wyjaśnienia, nieadekwatne uwagi i komentarze, konfabulacje przekraczające granicę fikcja–rzeczywistość. Teksty opowiadań, formułowane przez chorych z uszkodzeniami prawej półkuli, są krótkie, zwarte, względnie poprawne językowo, ale ubogie poznawczo i uproszczone formalnie — tracą swój kształt gatunkowo-stylistyczny. Zaburzeniom w budowaniu wypowiedzi narracyjnych towarzyszą trudności w ich rozumieniu. Osoby z przagnozją nie potrafią rozpoznać prawdopodobieństwa zdarzeń, treści wyrażonych nie wprost (np. wypowiedzi metaforycznych, wieloznacznych, ironicznych, żartobliwych), mają problemy z konceptualizacją znaczenia większej wypowiedzi i określeniem tematu całości, np. w próbach formułowania tytułu tekstu, morału czy pointy. Chorzy, chociaż wykazują wrażliwość na humor werbalny, nie potrafią wyjaśnić mechanizmu jego powstania. Niefortunność w tworzeniu i rozumieniu wypowiedzi dialogowych i monologowych nie jest poddawana autoocenie.

Problemy z formułowaniem spójnego oraz logicznie uporządkowanego tekstu mogą wynikać z agnozji symultatywnej — upośledzenia zdolności do jednoczesnej analizy wielu elementów sytuacji komunikacyjnej, w tym poznawczo-językowego i społecznego kontekstu dyskursu (J. Panasiuk, 2001a).

Deficyty w zakresie sprawności komunikacyjnych ujawniają się w realizacji językowych reguł społecznych, sytuacyjnych i pragmatycznych. Zabu-

rzenia kompetencji komunikacyjnej ujawniają się jako niezdolność do formułowania komunikatów adekwatnych do sytuacji, osoby interlokutora i pragmatycznych funkcji przekazu (S. Grabias, 1997). Chorzy z „nieafatycznymi zaburzeniami mowy” potrafią prawidłowo spostrzec sytuację, opisać ją oraz wymienić jej istotne elementy, ale mają trudność z wyborem poprawnego wyjaśnienia tej sytuacji — nie wiedzą, jak zastosować swoje umiejętności w odniesieniu do konkretnych zjawisk i warunków. Występowanie zaburzeń w selekcjonowaniu informacji powoduje trudność w wyborze właściwej interpretacji wydarzenia i prowadzi do zakłóceń w wykonywaniu zadań wymagających kompleksowej oceny, ustalenia procedury i uzasadnienia wyboru rozwiązania. Błędna interpretacja sytuacji, nieadekwatność i nietrwałość sądów, ogromne uzależnienie od wcześniej wytworzonych reakcji na daną sytuację, nadmierne uleganie sugestiom rozmówcy oraz tendencje konfabulacyjne nie podlegają autokontroli i weryfikacji (J. Panasiuk 2001b).

U chorych z uszkodzeniami prawostronnymi ujawniają się ponadto zaburzenia w zakresie kontroli emocji oraz nieadekwatne reakcje emocjonalne (A. Herzyk, U. Osza w: M. Klimkowski, A. Herzyk 1994, 27). Pacjenci z przagnozją przejawiają stany podwyższonego nastroju i/lub objawy obojętności (anozodiaforia), zaprzeczają swej niepełnosprawności (anozognozja).

Specyfika problemów w porozumiewaniu się osób po uszkodzeniu prawej półkuli mózgu ujawnia się zatem najpełniej w perspektywie pragmatycznej, rozpatrującej język w jego funkcji komunikacyjnej. Sposób przetwarzania informacji pragmatycznych wiąże się w tym przypadku z innymi dysfunkcjami o bardziej pierwotnym charakterze (np. zaburzeniami emocjonalnymi lub zaburzeniami przestrzenno-wzrokowymi), co w konsekwencji doprowadza do trudności w odbiorze informacji pozajęzykowych i w znacznym stopniu zakłóca komunikację.

MECHANIZM ZABURZEŃ

Zaburzenia zachowań komunikacyjnych w przypadku przagnozji mogą być wynikiem następujących mechanizmów:

- 1) zaburzeń strategii przetwarzania informacji w związku z zakłóceniami procesu syntetyzowania danych językowych i kontekstowych;
- 2) zaburzeń funkcji emocjonalnych i przestrzenno-wzrokowych;
- 3) zaburzeń relacji pomiędzy kompetencją językową a procesami poznawczymi i emocjonalnymi.

Skutkiem działania wymienionych patomechanizmów są zaburzenia w opracowaniu poznawczych walorów tekstu. Zachowania językowe chorego —

mającego trudności w wykorzystaniu osobistych doświadczeń, wiedzy o świecie oraz systemu skojarzeń — są zakłócone przede wszystkim pod względem semantycznym i pragmatycznym (J. Panasiuk, 2001a).

DIAGNOZA RÓŻNICOWA

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, 2005).

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

- afazji: ocena lateralizacji, lokalizacja uszkodzenia mózgu, spektrum objawów językowych;

- demencji: wiek chorego, wieloogniskowy 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 trwały 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;

- niedokształcenia 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 PRAGNOZJI

CELE TERAPII LOGOPEDYCZNEJ

Celem postępowania logopedycznego w przypadkach pragnozji jest odbudowa sprawności językowych i komunikacyjnych w zakresie realizowania tekstu w uwarunkowaniach społecznych, sytuacyjnych i pragmatycznych. Stymulacja językowa powinna zachodzić w ścisłym powiązaniu z usprawnianiem innych sfer funkcjonowania chorego: funkcji wzrokowo-przestrzennych, pamięci, myślenia, orientacji w czasie i przestrzeni.

STRATEGIE I METODY POSTĘPOWANIA

Wybór strategii i metod postępowania terapeutycznego w przypadkach pragnozji 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 programuje rehabilitację pacjenta w zakresie wszystkich zaburzonych sprawności językowych i komunikacyjnych, angażując w realizację programu rodzinę i najbliższe otoczenie pacjenta.

Strategia realistyczna stosowana 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 aby chory mógł kontynuować program usprawniający z pomocą rodziny.

Strategia minimalistyczna wykorzystywana jest wówczas, gdy zaburzenia czynności wyższych są bardzo głębokie, chory znajduje się w złym stanie ogólnym, a czas prowadzenia terapii jest ograniczony. Programowanie terapii obejmuje rehabilitację w zakresie najbardziej zaburzonych czynności komunikacyjnych, a metody realizacji programu opierają się na podejściu pragmatycznym, w którym usprawnianie komunikacyjne chorego odbywa się w codziennych sytuacjach życiowych. W tych przypadkach realizacja celów terapeutycznych — na podstawie przygotowanych instrukcji — następuje przede wszystkim w obrębie rodziny pacjenta i jego najbliższego otoczenia.

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 pragnozą stosuje się:

a) metody pobudzające (pośrednie), które mobilizują chorego do podejmowania prób porozumiewania się — stosuje się je w tych przypadkach, kiedy zaburzenia komunikacji są głębokie 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 komunikacji jest zablokowanie funkcji językowych i poznawczych,

— metody stymulujące, których podstawą jest stanowisko, że aktywność językowa chorego wiąże się z treścią materiału językowego,

— metody uprzedzania mają na celu zapobieganie ewentualnym późniejszym zaburzeniom psychogennym i umożliwiają optymalne przystosowanie się chorego do nowej sytuacji;

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

Stosowanie metod bezpośrednich opiera się na analitycznym podejściu w diagnozowaniu przyczyn: zindeksowaniu objawów zaburzeń, określeniu mechanizmu leżącego u ich podłoża, postawieniu rozpoznania logopedycznego, a następnie ustaleniu procedur właściwych do odbudowy zakłóconych sprawności językowych i komunikacyjnych.

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 procedurę diagnozowania oraz modyfikują program terapii logopedycznej, jest możliwość współwystępowania innych jednostek patologii mowy. Takie przypadki wymagają stosowania osobnych technik terapeutycznych, które należy włączyć w program usprawniania logopedycznego ukierunkowany na przełamywanie wyodrębnionych jednostek zaburzeń.

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 przyjętym celom rehabilitacyjnym.

Dynamika zaburzeń komunikacji w przypadkach przyczyn wiąże się z przebiegiem choroby, możliwościami kompensacyjnymi mózgu, mechanizmami przystosowawczymi pacjentów z afazją, działaniami rehabilitacyjnymi, stanem klinicznym pacjenta, jego samopoczuciem itp. Istnieje więc konieczność spojrzenia na przyczynę 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.

ORGANIZACJA POSTĘPOWANIA

Terapia obejmuje oddziaływania bezpośrednie (w relacji: logopeda — chory) i pośrednie (w relacji: logopeda — opiekunowie, osoby z najbliższego otoczenia osoby chorej). Terapia z udziałem chorego powinna odbywać się w formie indywidualnej lub grupowej (w zależności od kondycji psychofizycznej chorego i możliwości funkcjonowania w zespole; w grupach kilkuosobowych). Instruktaż oraz kształtowanie pożądanych zachowań komunikacyjnych u osób z otoczenia osoby chorej jest nieodłącznym elementem oddziały-

wania terapeutycznego. Opieka logopedyczna winna uwzględniać poradnictwo dla opiekunów.

POSTĘPOWANIE LOGOPEDYCZNE

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

- Bąk B., 1987, *Zastosowanie analizy syndromologicznej w neuropsychologicznym badaniu pacjenta*, [w:] *Diagnoza neuropsychologiczna. Przegląd zagadnień*, red. M. Klimkowski, A. Herzyk, Lublin, s. 65–78.
- Bannister R., 1992, *Neurologia kliniczna*, Bielsko-Biala.
- Benton A. L., Hamsher K., Sivan A. B., 1978, *Multilingual Aphasia Examination*, Iowa City. IA.
- 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.
- Goodglass H., Kaplan E., 1972, *Boston Diagnostic Aphasia Examination*, Philadelphia.
- Grabias S., 1997a, *Mowa i jej zaburzenia*. „Audiofonologia”, X, s. 9–36.
- Grabias S., 1997b, *Język w zachowaniach społecznych*, Lublin.
- Herzyk A., 1992, *Asymetria i integracja półkulowa a zachowanie*, Lublin.
- Herzyk A., Osza U., 1994, *Asymetria funkcjonalna w percepcji treści emocjonalnych*, [w:] *Neuropsychologia kliniczna. Wybrane zagadnienia*, red. M. Klimkowski, A. Herzyk, Lublin, s. 13–29.
- ICD-10., 1994, *Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja dziesiąta*, Kraków.
- Jakimowicz W., 1987, *Neurologia kliniczna w zarysie*, Warszawa.
- Jodzio K., Nyka W. M., 2008, *Zaburzenia językowe oraz mowy w praktyce ogólnolekarskiej*, „Forum Medycyny Rodzinnej”, 2, 1, s. 14–22.
- Kaczmarek B. L., 1993, *Płaty czołowe a język i zachowanie człowieka*, Lublin.
- Kaczmarek B. L., 1995, *Mózg, język, zachowanie*. Lublin.
- Kaczmarek B. L., 1995, *Mózgowa organizacja mowy*, 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. Pużyński, J. Wciórka, Kraków-Warszawa.
- Klimasiński K., 2000, *Elementy psychopatologii i psychologii klinicznej*, Kraków.
- 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.
- Lezak M., 1983, *Neuropsychological Assessment*, New York-Oxford.
- Łucki W., 1995, *Zestaw prób do badania procesów poznawczych u pacjentów z uszkodzeniami mózgu*, Warszawa.
- Luria 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 wielozawłowej i przy uszkodzeniach prawej półkuli mózgu*, Warszawa.
- Martin G. N., 2001, *Neuropsychologia*, Warszawa.
- Osiejuk E., 1994, *Problematyka dyskursu w neuropsychologii poznawczej*, Warszawa.
- Panasiuk J., 2001a, *Język a komunikacja u osób po uszkodzeniach mózgu*, „*Logopedia*”, t. 29, Lublin, s. 117–129.
- Panasiuk J., 2001b, *Sprawność językowa a sprawność komunikacyjna u osób po uszkodzeniach mózgu*, [w:] *Beiträge der Europäischen Slavistischen Linguistik (POLYSLAV)*, Band 4, Hg. K. Böttger, S. Dönninghaus, R. Marzari, München: Verlag Otto Sagner, s. 170–180.
- Panasiuk J., 2005, *Diagnoza różnicowa zaburzeń językowych u chorych z uszkodzeniami mózgu*, [w:] *Logopedia. Teoria i praktyka*, red. M. Młynarska, T. Smereka, Wrocław, s. 44–68.
- Prusiński A., 1989, *Podstawy neurologii klinicznej*, Warszawa.
- Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, 1992, red. A. Bilikiewicz, W. Strzyżewski, Warszawa.
- Psychologia kliniczna*, 1978, red. A. Lewicki, 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.
- Studen M., 1997, *Przegląd technik badawczych ośrodkowego układu nerwowego*, [w:] *Zaburzenia w funkcjonowaniu mózgu człowieka z perspektywy neuropsychologii klinicznej*, red. A. Herzyk, D. Kądziaława, Lublin, s. 37–60.
- Studen 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.
- Szepietowska E. M., 2000, *Diagnoza neuropsychologiczna. Procedura i ocena*, Lublin.
- Tłokiński W., 1986, *Mowa. Przegląd problematyki dla psychologów i pedagogów*, Warszawa.