

Adrianna Nowicka*

Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy

 <https://orcid.org/0009-0004-2982-588X>e-mail: adriannanlogopeda@wp.pl

Zróżnicowanie funkcjonalne pacjentów z afazją z perspektywy logopedy – analiza porównawcza trzech przypadków

https://doi.org/10.25312/2083-2923.23_04an

Streszczenie: Artykuł dotyczy problematyki funkcjonowania osób z afazją poudarową. Głównym celem artykułu jest ukazanie zróżnicowania profilu funkcjonalnego w diagnozie logopedycznej pacjentów z rozpoznaniem afazji poudarowej. Przeprowadzone badania mają na celu zbudowanie całościowego obrazu pacjenta po przebytych udarach mózgu, który ukáže problemy komunikacyjne na tle jego ogólnej aktywności życiowej, a także ustalenie, z jakimi innymi trudnościami funkcjonalnymi mają do czynienia omawiane jednostki. W dalszej części opisana jest procedura diagnozy pojawiającej się afazji oraz ocena kompetencji językowych trzech badanych przypadków.

Słowa kluczowe: udar, afazja, funkcjonowanie, zdolności komunikacyjne, mowa, czytanie, pisanie

* Adrianna Nowicka – mgr, z zawodu neurologopeda oraz logopeda, pracuje w Kujawskim Centrum Medycznym Farma-Med w Inowrocławiu, w Przedszkolu Samorządowym Gminy Inowrocław Akademia Przedszkolaka, prowadzi również własną działalność. Jej zainteresowania naukowe koncentrują się przede wszystkim wokół gerontologopedii, ze szczególnym uwzględnieniem zaburzeń mowy zachodzących u pacjentów dorosłych w wyniku uszkodzeń mózgu, chorób neurodegeneracyjnych, poudarowych.

*To, że milczę,
nie znaczy,
że nie mam nic do powiedzenia.*
Jonathan Carroll

Udar mózgu to uszkodzenie tkanek mózgu, którego następstwem są blokady naczyń spowodowane zatorami, zakrzepami lub innymi anomaliami zwężającymi średnice ścian naczyń albo je osłabiającymi. Skutkiem tego jest zmniejszenie krążenia, pęknięcie naczyń lub wylewy krwi, co zalicza się do głównych przyczyn nagłych uszkodzeń mózgu¹. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) definiuje udar nie jako chorobę, a najczęstszy neurologiczny zespół kliniczny, którego obraz może być różny w zależności od lokalizacji, rozległości ogniska, patomechanizmu oraz ogólnego stanu zdrowia przed udarem i po nim². W ostatnim czasie nastąpił gwałtowny wzrost występowania tego zjawiska, co wiąże się również ze zwiększeniem pododdziałów, które zajmują się uszkodzeniami struktur mózgowych. W 1997 roku takich miejsc było jedynie siedem, natomiast w roku 2009 ich liczba zwiększyła się do 97 oddziałów oraz pododdziałów³. Urazy mózgu w roku 2020 – wraz z innymi chorobami wieńcowymi – to główne przyczyny utraty zdrowia populacji ludzkiej⁴.

Udar mózgu a afazja poudarowa

Udarowe uszkodzenia mózgu powodują szereg powikłań, które są związane nie tylko z hipotonią lub hipertonią mięśniową, spastycznością mięśni, ślinieniem, zaburzeniami czucia czy równowagi⁵, ale również z nieprawidłowościami poznawczymi, a w wielu przypadkach z zaburzeniami mowy⁶, których między innymi dotyczy ten artykuł. Jedną z głównych patologii mowy spowodowanych uszkodzeniami struktur mózgowych jest afazja, którą badano już w XIX wieku. Pionierem w dziedzinie afazjologii był doktor Paul Broca, który podczas jednego ze swoich wystąpień w Paryżu przedstawił własnego pacjenta z uszkodzonym płatem czołowym mózgu oraz zaburzeniami mowy, udowadniając, że ta część mózgu jest odpowiedzialna za mowę ludzką⁷. Wydarzenie to rozpoczęło liczne badania nad afazją, w tym czasie powstało też

¹ M. Pąchalska, *Afazjologia*, PWN, Warszawa 2012, s. 96.

² A. Kwolek, *Rehabilitacja w udarze mózgu*, Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów 2009, s. 83.

³ I. Sarzyńska-Długosz, *Oddziały udarowe – zadania i organizacja*, „Polski Przegląd Neurologiczny” 2008, t. 4, supl. A, s. 17.

⁴ A. Kwolek, dz. cyt., s. 36–37.

⁵ M. Pąchalska, *Afazjologia*, dz. cyt., s. 106–114.

⁶ P. Laidler, *Rehabilitacja po udarze mózgu. Zasady i strategia*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1996, s. 71–100.

⁷ M. Pąchalska, *Afazjologia*, dz. cyt., s. 44–46.

kilkaset jej definicji. Warto wspomnieć o dwóch najistotniejszych definicjach, które mają kluczowe znaczenie dla diagnozy i terapii afazji. Pierwsza z nich określa afazję jako zaburzenie mowy będące syndromem, który jest rozpadem całego procesu przetwarzania informacji, zaburzeniem kodowania i/lub dekodowania różnych symboli językowych i/lub niejęzykowych, obecnych w danym języku czy kręgu kulturowym, spowodowanym urazem ośrodkowego układu nerwowego w mózgu⁸. Z uwagi na przedmiot tego artykułu istotną definicją opisywanego zaburzenia mowy jest ta zaproponowana przez Anetę Borkowską i Łucję Domańską, które afazję opisują jako zaburzenie funkcji językowych powodujące problemy w komunikowaniu się z innymi ludźmi, prowadzące do izolacji społecznej oraz utraty pewnych ról społecznych⁹.

Klasyfikacja afazji

Mnogość definicji afazji spowodowała, że powstało wiele jej podziałów w zależności od dyscypliny, której przedmiotem badań jest afazja. Jej różnorodność uwarunkowana jest także przyczynami jej nabycia, rodzajem udaru, diagnozami oraz prowadzonymi terapiami. Dokonując najprostszego podziału ze względu na stopień nasilenia, wyróżniamy afazję:

- łagodną,
- umiarkowaną,
- głęboką¹⁰.

Najistotniejszymi podziałami są jednak klasyfikacje skupiające się na uszkodzeniach struktur mózgowych. Podstawowy, klasyczny podział prezentuje tabela 1.

Tabela 1. Rodzaje afazji

Typ afazji	Przyczyny, miejsce lub obszar uszkodzenia	Charakter objawów
Afazja Broki	Uszkodzenie zakrętu przedśrodkowego w okolicach lewej półkuli mózgu oraz tylnej części dolnego zakrętu czołowego.	Afazja ta objawia się ekspresją słów, a dokładniej, trudnościami ruchowych obrazów poszczególnych słów.
Afazja Wernickiego	Uszkodzenie mózgu w okolicach tylnej bruzdy Sylwiusza, w pobliżu lewego płata skroniowego.	Ten rodzaj afazji objawia się trudnościami w słuchowych obrazach słów.
Afazja ruchowo-kinestetyczna	Uszkodzenie struktury mózgu bez wyznaczenia dokładnego miejsca, w zależności od jednostki.	Charakteryzuje się dużą liczbą zniekształceń: głosek, wyrazów oraz zdań.

⁸ Tamże, s. 27.

⁹ J. Panasiuk, *Afazja a interakcja: tekst, metatekst, kontekst*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2013, s. 115.

¹⁰ T. Gałkowski, G. Jastrzębowska, E. Szela, *Podstawy neurologopedii. Podręcznik akademicki*, Uniwersytet Opolski, Opole 2005, s. 753.

Typ afazji	Przyczyny, miejsce lub obszar uszkodzenia	Charakter objawów
Afazja kinetyczna	Uszkodzenie struktury mózgu bez wyznaczenia dokładnego miejsca, w zależności od jednostki.	Główną trudność sprawia pacjentowi automatyzowanie ruchów narządów mowy, są one nie płynne.
Afazja motoryczno-dynamiczna	Uszkodzenie struktury mózgu bez wyznaczenia dokładnego miejsca, w zależności od jednostki.	Objawia się całkowitym zniesieniem rozumienia odbieranych komunikatów oraz tworzeniem licznych neologizmów.
Afazja akustyczno-mnestyczna	Uszkodzenie struktury mózgu bez wyznaczenia dokładnego miejsca, w zależności od jednostki.	Charakteryzuje się nadużywaniem przez pacjenta neologizmów, widoczne są również ubytki w pamięci.
Afazja semantyczna	Uszkodzenie struktury mózgu bez wyznaczenia dokładnego miejsca, w zależności od jednostki.	Osoba z tym rodzajem afazji ma trudności w rozumieniu złożonych form gramatycznych.

Źródło: opracowanie własne na podstawie J. Panasiuk, *Afazja a interakcja: tekst, metatekst, kontekst*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2013, s. 118–124.

Inne zaburzenia mowy współistniejące z afazją

Często w epikryzach szpitalnych pacjenci nie mają uszczegółowionego rodzaju afazji, czego powodem jest występowanie innych współistniejących zaburzeń mowy, które nie są afazją, jednak mają z nią wiele cech wspólnych. Przykładem może być dyzartria, która charakteryzuje się zaburzeniami w obrębie aparatu fonacyjnego, oddechowego i artykulacyjnego, wywołana uszkodzeniem obwodowego lub centralnego układu nerwowego. Powoduje ona deformacje wypowiedzi, szczególnie na płaszczyźnie segmentalnej i suprasegmentalnej¹¹. Drugim zaburzeniem mowy jest anartria opisywana jako „całkowity brak zdolności wypowiadania się, całkowita niezdolność artykułowania”¹². Warto wspomnieć również o dysfagii, której przyczyną są nieprawidłowości mechaniczne lub nerwowo-mięśniowe gardła, przełyku bądź jamy ustnej. Osoba z dysfagią ma problemy w formowaniu kęsów pokarmu płynnego lub stałego. Te objawy mogą zniknąć po okresie rehabilitacji, ale bywa również, że zostają na stałe¹³.

Podczas pracy w Centrum Medycznym oraz w trakcie prowadzenia własnej działalności najczęściej miałam do czynienia z pacjentami cierpiącymi z powodu anartrii i dyzartrii. Chorujący na anartrię to osoby po przebytym udarze w okolicach pnia mózgu, który powoduje nie tylko niemożność wyartykułowania jakiegokolwiek słowa, ale również dźwięku. Natomiast osoby z dyzartrią to pacjenci, którym trudności nie sprawia utworzenie wyrazu czy zdania, lecz wypowiedzenie tego w sposób płynny

¹¹ S. Milewski, K. Kaczorowska-Bray, *Logopedia. Wybrane aspekty historii, teorii i praktyki*, Harmonia Universalis, Gdańsk 2012, s. 266.

¹² J. Surowaniec, *Logopedyczny słownik terminologii diagnostycznej*, Wydawnictwo Edukacyjne, Kraków 1999, s. 107.

¹³ A. Hamerlińska, I. Gniezdzińska-Buc, *Spożywanie pokarmów po usunięciu języka – studium przypadku*, „Journal of Education, Health and Sport” 2017, nr 7(3), s. 761.

i wyraźny, co w dużej mierze związane jest ze znacznym skróceniem fazy oddechowej i/lub zwieraniem się strun głosowych.

Funkcjonowanie osób tuż po udarze i fazy zdrowienia

Pacjenci poudarowi – w zależności od uszkodzenia mózgu oraz czasu, jaki upłynął od przebytego udaru – różnią się między sobą w zakresie sprawności w funkcjonowaniu w życiu codziennym. Wyróżniamy trzy fazy zdrowienia, biorąc pod uwagę okres od wystąpienia udaru do stanu poudarowego:

1. Faza ostra (trwająca 0–4 tygodnie od momentu udaru) – w jej trakcie chorzy borykają się z dużymi problemami komunikacyjnymi, często ich umiejętności językowe całkowicie zanikają. Pojawiają się także trudności poznawcze, motoryczne i psychologiczne. W tej fazie osoby potrzebują silnego wsparcia oraz komunikatów podpartych gestami, jak również pochwał za najmniejszy postęp.
2. Faza wczesna podostra/późna ostra (trwająca od 1–6 do 6–12 miesięcy) – w tym okresie pacjenci doszli już w pewnym stopniu do siebie, a po upływie czasu można ustalić dokładny rodzaj afazji oraz to, z jakimi deficytami w danych obszarach mamy do czynienia.
3. Faza chroniczna (powyżej jednego roku po udarze) – etap, w którym pacjent powinien nadal korzystać z terapii zmierzającej do dalszej poprawy zaburzonych funkcji¹⁴.

Dość często pacjentom bardzo trudno powrócić do życia sprzed udaru. W większości przypadków jest raczej niemożliwe, by dalsze życie – nawet po terapii – było takie samo jak wcześniej. Problemy z komunikacją oraz wyrażaniem swojego zdania czy uczuć, a także duża niesamodzielność prowadzą do tak zwanej śmierci społecznej, objawiającej się izolacją od społeczeństwa, unikaniem kontaktów z rodziną oraz innymi ludźmi. Zachowania te w dalszym etapie przeradzają się w depresję, zachowania agresywne oraz utratę więzi z najbliższymi¹⁵. Innymi niedogodnościami życia codziennego tuż po udarze są problemy z poruszaniem się, słabość mięśni, niedowład kończyn. Jeśli pacjent boryka się z dyzartrią, często towarzyszą mu również trudności w połykaniu, czyli przyjmowaniu pokarmów oraz płynów. Wpływa to na utratę wagi, a także na brak sił do dalszej rehabilitacji, która jest konieczna. W niektórych przypadkach widoczne są dodatkowo problemy z: czytaniem, pisaniem, powtarzaniem oraz rozumieniem. W najcięższych uszkodzeniach dochodzi do utraty: wzroku, słuchu, węchu, smaku, umiejętności panowania nad zwieraczami oraz wyciekami śliny, czyli saliwacją.

¹⁴ Z. Tarkowski, *Patologia mowy*, Harmonia Universalis, Gdańsk 2017, s. 73.

¹⁵ Tamże, s. 71–75.

Ogromną trudność stanowią problemy poznawcze, które powodują zniesienie umiejętności odnalezienia się w rzeczywistości. Pacjenci nie rozumieją, co się wydarzyło, nie rozpoznają nie tylko najbliższych, ale i tego, co ich otacza. Sytuacje te utrudniają potrzebną rehabilitację, ponieważ osoby jej wymagające nie widzą potrzeby uczęszczania na terapię ani na szereg innych zajęć¹⁶.

Kolejną zmianą dla chorego jest stałe przyjmowanie leków oraz systematyczna kontrola zdrowia. Ważną kwestią jest zmiana trybu życia osób mieszkających z pacjentem, a także całej rodziny, która musi dostosować wiele rzeczy do potrzeb osoby po udarze. Polega to na wypracowaniu nowego harmonogramu dnia, nauczaniu się innego sposobu komunikowania się, gotowości do zapewnienia codziennej opieki i pielęgnacji. Niezbędna rehabilitacja chorego po przebytych udarze wiąże się z obciążeniem budżetu domowego. Zmiany zachodzą również w relacji z osobą chorą¹⁷.

Zaburzenia komunikacyjne w afazji

Wielość rodzajów afazji wiąże się z ogromną różnorodnością problemów językowych pacjentów. Warto jednak wspomnieć o tych najczęstszych, które przysparzają największych trudności w komunikowaniu się z drugą osobą. Pojawiające się uszkodzenia związane z pamięcią w dużym stopniu wpływają na aktualizację nazewnictwa określonych przedmiotów lub ich opisu. Chorzy nie potrafią nazwać określonego przedmiotu, wypowiadają nazwy na zasadzie skojarzeń dźwiękowych, na przykład słowo *pies* będzie artykułowane jako *piec*, ponieważ brzmi podobnie. Często pacjenci mający problem z przypomnieniem sobie nazwy danego przedmiotu stosują jego opis. Przykładem może być słowo *czapka*, które jednostka opisze jako „To coś na głowę, bawełniana”¹⁸. Innym przykładem jest tworzenie neologizmów oraz parafazji, a także znaczne spowolnienie lub przyspieszenie wypowiedzi. Osoby z afazją tworzą również zdania, w których utracone zostały reguły gramatyczne lub w których występuje za dużo niepotrzebnych słów; jest to określane jako tworzenie tak zwanej sałatki słownej. Najcięższy przypadek afazji to tak zwana afazja żargonowa, w której pacjent nie potrafi ułożyć żadnego sensownego słowa ani zdania, jego wypowiedzi przypominają zazwyczaj głuzenie lub gaworzenie dzieci. Osoby te bardzo często nie panują nad swoimi wypowiedziami, czasem nie zdając sobie z tego sprawy, nie posiadają żadnego zasobu słownictwa¹⁹.

W afazji często widoczne jest całkowite zniesienie rozumienia. W tym przypadku jednostki muszą od początku uczyć się nie tylko nazwy określonego przedmiotu, ale również tego, do czego on służy lub jakie jest jego przeznaczenie. Co ciekawe, nie-

¹⁶ P. Laidler, dz. cyt., 72–96.

¹⁷ A. Kwolek, dz. cyt., s. 127–130.

¹⁸ T. Gałkowski, G. Jastrzębowska, E. Szelaąg, dz. cyt., s. 766–767.

¹⁹ Tamże, s. 767–773.

którzy pacjenci mają zachowane tak zwane zachowania stereotypowe, objawiające się adekwatnymi odpowiedziami na przywitanie czy pożegnanie, często nie zdając sobie z tego sprawy²⁰. Częściowy lub całkowity rozpad czynności językowych w początkowych fazach terapii neurologopedycznych można by zastąpić komunikacją w formie pisemnej, jednak pacjenci po udarze również w tym zakresie przejawiają szereg trudności, uwidaczniających się w postaci różnych rodzajów agraphii. Wiąże się to nie tylko z utratą umiejętności pisania, ale też z trudnościami motorycznymi dłoni, spowodowanymi niedowładem połowicznym²¹.

Charakterystyka i analiza trzech badanych przypadków z afazją poudarową

Szersze przedstawienie codzienności osób z afazją poudarową umożliwiła dokładna analiza trzech studiów przypadku, przeprowadzona z zastosowaniem metody jakościowej. Głównym celem badań naukowych było poznanie funkcjonowania tych osób. Analizując określone jednostki, zastosowano metodę indywidualnego przypadku, która pozwoliła na dokonanie dokładnego opisu, zważywszy na to, że zaburzenia komunikacyjne oraz psychologiczne muszą być poddane refleksjom, zagłębione w doświadczenia badanych. Wszyscy porównywani pacjenci mieli stwierdzoną afazję po przebytym udarze mózgu. Podczas badań użyto następujących technik badawczych: niekategoryzowanego ustnego wywiadu z badanymi osobami, analizy prywatnej dokumentacji medycznej dotyczącej choroby oraz obserwacji uczestniczącej badanych jednostek, uzupełnionej testem logopedycznym o nazwie *Mówię i rozumiem. Test do badania mowy osób dorosłych* Aleksandry Sadowskiej-Krajewskiej. Celem testu było zobiektywizowanie oceny stanu funkcjonalnego jednostki w zakresie jej funkcjonowania.

Krótką charakterystyka pacjentów uczestniczących w badaniu

Dobór pacjentów nie był przypadkowy. Trzy wybrane przez autora osoby miały tę samą płeć, podobny wiek, to samo wykształcenie. Każda przeszła udar mózgu oraz miała tę samą diagnozę afazji w wypisie szpitalnym.

I studium przypadku

Starszy mężczyzna doznał udaru mózgu, po sześciu miesiącach przeszedł drugi udar, który sprawił, że pacjent stał się osobą w stanie wegetatywnym. Kilkumiesięczna rehabilitacja oraz motywacja rodziny sprawiły, że mężczyzna mógł rozpocząć intensywną

²⁰ J. Panasiuk, dz. cyt., s. 312.

²¹ Tamże, s. 333.

terapię neurologopedyczną w jednym z zakładów opieki zdrowotnej. U pacjenta tuż po udarze mózgu zdiagnozowano afazję motoryczną.

II studium przypadku

Emerytowany mężczyzna, który przeszedł udar mózgu, rozpoczynając terapię neurologopedyczną, nie wymagał intensywnej rehabilitacji fizjoterapeutycznej. Regularnie uczęszczał do jednego z zakładów opieki zdrowotnej na terapię. Podczas badania nie potrafił określić, kim jest z zawodu oraz nie był pewien, jak ma na imię. Diagnoza neurologopedyczna pacjenta to afazja czuciowa.

III studium przypadku

Trzeci mężczyzna trafił do szpitala z udarem mózgu, po opuszczeniu oddziału neurologicznego rozpoczął intensywną rehabilitację logopedyczną, odbywającą się dwa razy w tygodniu. Diagnoza neurologopedyczna pacjenta wskazała afazję motoryczną.

Tabela 2 zawiera zapis zachowań pacjentów zaobserwowanych w trakcie krótkiej rozmowy, która była wstępem do przeprowadzenia diagnozy neurologopedycznej.

Tabela 2. Porównanie charakterystyki zachowań

	Pacjent I	Pacjent II	Pacjent III
Nadmierna ruchliwość, pobudzenie	Brak	Brak	Brak
Stany otępienne	Brak	Brak	Brak
Trudności w koncentracji	Niewidoczne	widoczne	Niewidoczne
Męczliwość	Widoczna	Brak	Widoczna
Nieśmiałość	Widoczna	Niewidoczna	Widoczna
Agresja, autoagresja	Brak	Brak	Brak
Niechęć do obecnej sytuacji	Brak	Brak	Brak
Kontakt słowny logiczny	Widoczny	Niewidoczny	Częściowy
Słowotok	Brak	Brak	Brak
Umiejętność prowadzenia dialogu	Widoczna	Znacznie zaburzona	osłabiona
Świadomość problemu choroby	Duża	Mała	Duża
Inne uwagi i spostrzeżenia	Pacjent zestresowany, zawstydzony zaistniałą sytuacją	Pacjent pogodny i rozluźniony, nie jest świadomy swoich trudności; popełniane błędy bawią mężczyznę	Pacjent zestresowany w trakcie wykonywania pierwszych zadań

Kolejnym krokiem było dokładne zbadanie narządów artykulacyjnych pacjentów. W tabeli 3 zostały przedstawione także wyniki z obserwacji funkcji oddechowych oraz

połykowych będących ważnymi umiejętnościami związanymi z nadawaniem mowy i funkcjonowaniem jednostek. Dodatkowo ocenie została poddana lateralizacja, która ma na celu określenie dominacji półkul mózgu oraz mocnych stron pacjenta.

Tabela 3. Porównanie sprawności narządów mowy, ich budowy oraz dominacji półkul mózgowych

	Pacjent I	Pacjent II	Pacjent III
Język	Widoczne fasykulacje oraz trudność z podniesieniem go języka	Brak fasykulacji, prawidłowa ruchomość	Duże fasykulacje, duży problem z wysunięciem języka poza jamę ustną
Węzidełko	Norma	norma	Norma
Podniebienie	Prawidłowa budowa	Prawidłowa budowa	Prawidłowa budowa
Uzębienie oraz zgryz	Uzębienie stałe, zgryz prawidłowy	Protezy, zgryz prawidłowy	Uzębienie stałe, zgryz prawidłowy
Saliwacja	Brak	Brak	Brak
Nadwrażliwość	Brak	Brak	Brak
Funkcje oddechowe	Prawidłowy tor oddechowy	Prawidłowy tor oddechowy	Prawidłowy tor oddechowy
Badanie czynnościowe układu oddechowego (spirometr)	600 cm ³	0 cm ³	0 cm ³
Badanie funkcji połykowej	Brak trudności z przełknięciem wody	Brak trudności z przełknięciem wody	Brak trudności z przełknięciem wody
Lateralizacja	Prawostronna	Prawostronna	Prawostronna

Kolejne trzy tabele skupiają się przede wszystkim na bezpośredniej ocenie sposobu odbierania komunikatów i ich tworzenia przez badanych, określeniu, w jaki sposób pacjenci przekazują dane treści, w jaki sposób dobierają słowa oraz ich formy. W wyniku tego badania można określić, czy komunikaty wydawane przed nadawcą są zrozumiałe dla odbiorcy oraz sensowne.

Tabela 4. Porównanie rozumienia mowy i sposobu jej nadawania u badanych

	Pacjent I	Pacjent II	Pacjent III
Rozumienie prakcji	Naśladuje wszystkie ruchy elementarne	Nie potrafi naśladować żadnych ruchów elementarnych	Naśladuje wszystkie ruchy elementarne
Rozumienie związków logicznych	Rozumie słowo <i>rodzina</i> oraz to, co się na nie składa	Nie rozumie słowa <i>rodzina</i> oraz żadnych innych, które się z nim wiążą	Rozumie słowo <i>rodzina</i> , jednak słysząc je, tłumaczy, gdzie mieszkają jego bliscy
Rozumienie poleceń złożonych	Trudności w wykonaniu złożonego zadania	Pacjent nie wykonał prawidłowo żadnego polecenia	Pacjent wykonał wszystkie polecenia prawidłowo

	Pacjent I	Pacjent II	Pacjent III
Rozumienie metafor	Rozumie, jednak nie może wyjaśnić ich słowami	Nie rozumie żadnej metafory	Rozumie metafory dosłownie
Rozumienie stosunków przestrzennych	Niewielkie trudności	Duże trudności, wszystkie próby wykonane błędnie	Niewielkie trudności
Kinestezja mowy	Wszystkie próby wypowiedziane prawidłowo	Wszystkie próby wypowiedziane nieprawidłowo	Wszystkie próby wypowiedziane prawidłowo
Fluencja słowna	Pacjent wymienił 7 nazw zawodów oraz 11 nazw zwierząt w czasie minuty	Pacjent wymienił 4 nazwy zawodów oraz trzy nazwy zwierząt w czasie minuty	Pacjent nie wymienił żadnego zawodu oraz dwie nazwy zwierząt

Tabela 5. Porównanie mowy spontanicznej i ekspresywnej pacjentów oraz umiejętności rozpoznawania symboli i obiektów

	Pacjent I	Pacjent II	Pacjent III
Fonacja	Oslabiona	Ww normie	W normie
Tempo mowy	Spowolnione	Szybkie	Umiarkowane
Płynność mowy	Znacznie zaburzona	W normie	Nieliczne pauzy
Intonacja	Oslabiona, brak modulacji	Widoczna	Widoczna
Akcent	Nie występuje	Występuje	Brak
Agramatyzmy	Nieliczne	Liczne	Tylko w dłuższych wyrazach
Neologizmy	Brak	Liczne	Brak
Różnicowanie głosek opozycyjnych	Prawidłowe	W większości nieprawidłowe	Prawidłowe
Gnozia wzrokowa	Wszystkie ilustracje nazwane prawidłowo	Większość ilustracji nazwana błędnie	Żadna z ilustracji nie została nazwana
Powtórzenie głosek w izolacji i wyrazach	Wszystkie próby wykonane prawidłowo	W większości głoski w izolacji powtórzone prawidłowo, a w wyrazach tylko nieliczne przypadki powtórzone bezbłędnie	Wszystkie próby wykonane prawidłowo
Powtórzenie zautomatyzowanych ciągów słownych	– Dni tygodnia: prawidłowo – Miesiące: pominięcie kwietnia – Liczby 1–10: opuszczona cyfra 9 – Członkowie rodziny: pacjent wymienił wszystkie imiona najbliższych osób	Pacjent wymienił dni tygodnia, miesiące i cyfry, ale tylko wtedy, gdy został naprowadzony na ich pierwsze nazwy, mężczyzna wymienił tylko imię syna	– Dni tygodnia: pominięcie czwartku – Miesiące: wypowiedziane bezbłędnie – Liczby: wymienione bezbłędnie – Członkowie rodziny: pacjent wymienił wszystkie imiona członków rodziny

	Pacjent I	Pacjent II	Pacjent III
Umiejętność swobodnego wypowiedzania się	Pacjent opisał przedstawione ilustracje używając słów, nie budował zdań, w większości przypadków nie stosował form gramatycznych, sens został jednak zachowany	Pacjent nie opisał żadnej ilustracji, naśladował jedynie widoczne czynności	Pacjent nie opisał żadnej ilustracji, zawsze odpowiadał: nie wiem

Tabela 6 przedstawia inne umiejętności pacjenta, takie jak czytanie oraz pisanie, które mogłyby wspomóc lub zastąpić mowę werbalną.

Tabela 6. Porównanie innych umiejętności

Umiejętność	Pacjent I	Pacjent II	Pacjent III
Samodzielne pisanie	Wszystkie: litery, wyrazy, zdania, cyfry oraz imię przepisane bezbłędnie, kształt liter zachowany	Wszystkie: litery, wyrazy, zdania, cyfry oraz imię przepisane bezbłędnie, kształt liter zachowany	Pacjent przepisał wszystkie litery, wyrazy, cyfry, pomijając tylko swoje imię; kształt liter zachowany
Czytania	Pacjent czyta, jednak pomija niektóre fragmenty, występują agramatyzmy, neologizmy i uproszczenia spółgłoskowe	Pacjent ma zachowaną umiejętność czytania, występują tylko błędy polegające na opuszczaniu niektórych ostatnich liter wyrazu	Pacjent nie przeczytał żadnego wyrazu, tworzył neologizmy i nielogiczne wypowiedzi; widoczna całkowita utrata umiejętności czytania oraz rozpoznawania liter

Dyskusja

Przeprowadzone badania wykazały trudności w funkcjonowaniu osób, które przeszły udar mózgu. Widoczne jest duże zróżnicowanie jednostek, które wymaga indywidualnego podejścia do każdego pacjenta. Szczegółowe diagnozowanie wszystkich trzech przypadków wykazało zaburzenia: oddechowe, fonacyjne, artykulacyjne, a także rozumienia i pamięci. Dodatkowo w wielu przypadkach pojawiły się również trudności z: pisanem, czytaniem czy liczeniem, co utrudnia kontakt z otoczeniem. Kolejnymi widocznymi problemami, które mają ogromny wpływ na codzienność pacjentów, są liczne niedowłady kończyn górnych i dolnych, mające ogromny wpływ na rehabilitację oraz cały proces terapeutyczny. Badanie zobrazowało wpływ zaburzeń mowy na codzienność pacjenta.

Wnioski

Badania pokazują, jak ważne jest holistyczne spojrzenie na człowieka, gdyż jednostki mające tę samą rodzaj afazji, mogą funkcjonować zupełnie inaczej. Po przebytych udarach jeden z pacjentów może mieć problem z nadawaniem mowy, natomiast drugi –

z jej rozumieniem. Inni, mając afazję, pamiętają litery, pozostali zaś nie potrafią ich odczytać. Ważne jest zatem, by terapia neurologopedyczna, ale również każda inna, była prowadzona wieloaspektowo, a terapeuci oraz rodzina podejmowali ścisłą współpracę dla dobra jednostki. Kluczem do sukcesu jest przede wszystkim prawidłowa diagnoza oraz ewaluacja postępów terapeutycznych, ponieważ osoby z afazją różnie przechodzą fazy zdrowienia. Ważne jest ponadto, by pacjent był traktowany jak indywidualna jednostka, która ma własne cechy charakteru i która mierzy się z tym, że udar całkowicie zmienił jej życie.

Bibliografia

- Gałkowski T., Jastrzębowska G., Szeląg E., *Podstawy neurologopedii. Podręcznik akademicki*, Uniwersytet Opolski, Opole 2005.
- Hamerlińska A., Gniezdzińska-Buc I., *Spożywanie pokarmów po usunięciu języka – studium przypadku*, „Journal of Education, Health and Sport” 2017, nr 7(3).
- Kwolek A., *Rehabilitacja w udarze mózgu*, Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów 2009.
- Laidler P., *Rehabilitacja po udarze mózgu. Zasady i strategia*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1996.
- Milewski S., Kaczorowska-Bray K., *Logopedia. Wybrane aspekty historii, teorii i praktyki*, Harmonia Universalis, Gdańsk 2012.
- Mirecka U., *Ocena płaszczyzny suprasegmentalnej ciągu fonicznego w dysfazji*, [w:] S. Milewski, K. Kaczorowska-Bray, *Logopedia. Wybrane aspekty historii, teorii i praktyki*, Harmonia Universalis, Gdańsk 2012.
- Panasiuk J., *Afazja a interakcja: tekst, metatekst, kontekst*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2013.
- Pąchalska M., *Afazjologia*, PWN, Warszawa 2012.
- Pąchalska M., *Neuropsychologiczna diagnostyka afazji*, [w:] T. Gałkowski, G. Jastrzębowska, E. Szeląg, *Podstawy neurologopedii. Podręcznik akademicki*, Uniwersytet Opolski, Opole 2005.
- Sadowska-Krajewska A., *Mówię i rozumiem. Test do badania mowy osób dorosłych*, Harmonia Universalis, Gdańsk 2020.
- Sarzyńska-Długosz I., *Oddziały udarowe – zadania i organizacja*, „Polski Przegląd Neurologiczny” 2008, t. 4, supl. A.
- Surowaniec J., *Logopedyczny słownik terminologii diagnostycznej*, Wydawnictwo Edukacyjne, Kraków 1999.
- Tarkowski Z., *Patologia mowy*, Harmonia Universalis, Gdańsk 2017.

Cognitive functioning and primary activities of people with aphasia after a stroke – three-case studies

Abstract: The article presents the issues of daily functioning regarding people affected by post-stroke aphasia. Main objective of this article is to describe the speech disorders and behaviour that are a result of stroke. A number of studies have been conducted to show the arisen disorders and create the possibility of comparing them due to the position and extent of the damaged brain structure. The next part of the article describes the diagnosis of aphasia and the evaluation of linguistic competence of three case studies. The last part presents a neurologopedic therapy proposal of a patient with aphasia.

Keywords: stroke, aphasia, daily functioning, communication skills, speech, reading, writing

About the Author

Adrianna Nowicka – M.A., neurologopedics and speech therapist by profession. She works at the Kujawskie Centrum Medyczne Farma-Med in Inowrocław, Elementary School No. 2 name Panny Maryi in Inowrocław, and also runs her own business. Her scientific interests focus primarily on gerontologopaedics, with particular emphasis on speech disorders in adult patients as a result of brain damage, neurodegenerative diseases and post-stroke disorders.