

Dynamika obrazu zaburzeń mowy u pacjentki po udarze niedokrwiennym mózgu – opis przypadku

Dynamics of the image of speech disorders in a patient after ischemic stroke – case study

MONIKA KAŻMIERCZAK, KARINA WICHURSKA

Zakład Dialektologii Polskiej i Logopedii, Instytut Filologii Polskiej i Logopedii, Wydział Filologiczny, Uniwersytet Łódzki

Wprowadzenie. Udar niedokrwienny mózgu stanowi 80-90% wszystkich udarów. Jeśli w trakcie incydentu uszkodzone zostaną obszary mózgu odpowiedzialne za mowę, u pacjentów diagnozuje się afazję.

Cel pracy. Celem prezentowanych badań jakościowych było ukazanie dynamiki obrazu zaburzeń mowy pacjentki z afazją w odniesieniu do jej aktualnego stanu zdrowia oraz efektów leczenia i terapii logopedycznej prowadzonej w zakładzie opiekuńczo-leczniczym.

Materiał i metody. W badaniu wzięła udział pacjentka po udarze niedokrwiennym mózgu. Oceny dynamiki obrazu zaburzeń mowy dokonano na podstawie wywiadu przeprowadzonego z pracownikiem socjalnym, analizy dokumentacji (medycznej i psychologicznej), bieżącej obserwacji oraz prób eksperymentalno-klinicznych przy użyciu: testu SODA (Skala Oceny Dynamiki Afazji), „Testu nazywania” Antoniego Balejki, „Testu Żetonów” (Token Test) w wersji skróconej oraz Bostońskiego Testu do Diagnozy Afazji (BTDA).

Wyniki. Po przyjęciu na Oddział Udarowy z Wczesną Rehabilitacją Neurologiczną u pacjentki zdiagnozowano afazję całkowitą. Jej objawy utrzymywały się przez pierwsze dwa tygodnie przebywania w zakładzie opiekuńczo-leczniczym. W efekcie stabilizacji obrazu klinicznego chorej zaburzenia mowy przyjęły postać afazji mieszanej (z przewagą aspektu motorycznego) znacznego stopnia, a dalsza stopniowa poprawa sprawności językowej dała obraz afazji ruchowej kinestetycznej.

Wnioski. Postępowanie logopedyczne z pacjentem z afazją jest procesem dynamicznym, wymagającym działań rozłożonych w czasie, dostosowywanych do kondycji oraz aktualnych możliwości chorego. Czynności logopedy koncentrują się głównie na zaburzeniach komunikacji i języka, rozpatrywanych na tle aktualnego funkcjonowania pacjenta, dlatego diagnoza dotycząca afazji podlega weryfikacji w trakcie prowadzonej terapii.

Słowa kluczowe: udar niedokrwienny mózgu, afazja, zaburzenia języka i komunikacji, postępowanie logopedyczne

Introduction. Ischemic stroke accounts for 80-90% of all strokes. If during the incident the speech areas of the brain are damaged, the patients are diagnosed with aphasia.

Aim. The aim of the present qualitative research was to show the dynamics of the image of speech disorders of a patient with aphasia in relation to the current state of health and the effects of treatment and speech therapy, conducted in a care and treatment institution.

Materials and methods. The research was conducted on a patient after ischemic stroke. Evaluation of the dynamics of the image of speech disorders was made on the basis of an interview with a social worker, the analysis of documentation (medical and psychological), ongoing observation and experimental clinical trials using: SODA test (Aphasia Evaluation Scale), Antoni Balejko test, Token Test in the short version and the Boston Test for Diagnosis of Aphasia (BTDA).

Results. After admission to the Stroke Department with Early Neurological Rehabilitation, the patient was diagnosed with total aphasia and the symptoms persisted for the first two weeks of the stay in the care and treatment institution. As a result of the stabilization of the clinical picture of the patient, speech disorders took the form of mixed aphasia (with the predominance of motor aspect) of a significant degree, and further gradual improvement of language skills gave the picture of kinesthetic movement aphasia.

Conclusions. Speech therapy with a patient with aphasia is a dynamic process that requires actions spread over time, adapted to the patient's condition and current capabilities. Speech therapist's activities focus mainly on communication and language disorders, considered in relation to the current functioning of the patient, therefore the diagnosis of aphasia is verified during the therapy.

Key words: ischemic stroke, aphasia, language and communication disorders, speech-therapy proceedings

© Otorynolaryngologia 2018, 17(2): 72-79

www.mediton.pl/orl



Adres do korespondencji / Address for correspondence

dr n. hum. Monika Kaźmierczak
Zakład Dialektologii Polskiej i Logopedii, Instytut Filologii Polskiej i Logopedii, Wydział Filologiczny, Uniwersytet Łódzki
ul. Pomorska 171/173, 90-236 Łódź
e-mail: monika.kazmierczak@uni.lodz.pl

WPROWADZENIE

Według klinicystów i specjalistów zdrowia publicznego choroby naczyniowe centralnego układu nerwowego (c.u.n.) stanowią jeden z najważniejszych problemów zdrowotnych XXI wieku [1]. Według prognoz statystycznych, w przyszłości jeden na sześciu dorosłych ludzi na całym świecie [1] może wymagać wielospecjalistycznego leczenia, jak również rehabilitacji po zdarzeniu mózgowo-naczyniowym. Do jego przyczyn należą głównie: schorzenia naczyniowe, urazy czaszkowo-mózgowe, zmiany nowotworowe, choroby degeneracyjne (zwyrodnieniowe), zatrucia toksynami, procesy zapalne (spowodowane infekcjami wirusowymi, bakteryjnymi czy nawet grzybiczymi) [2, 3].

Choroby naczyniowe c.u.n. są jednymi z najczęstszych przyczyn zgonu i inwalidztwa. Zalicza się do nich: udar dokonany mózgu, TIA (ang. *transient ischemic attack* – przemijający atak niedokrwienia), krwotok podpajęczynówkowy, udar żylny mózgowia oraz encefalopatię nadciśnieniową. Z wymienionych chorób największe znaczenie ma udar, ze względu na skutki, jakie ze sobą niesie, ale również częstość występowania [4]. Udar mózgu następuje wówczas, gdy dochodzi do uszkodzenia tkanki mózgu. Pęknięcie naczynia i wylew lub niedostateczne krążenie spowodowane spadkiem ciśnienia tętniczego są skutkiem blokady naczynia przez zakrzep, zator lub anomalie, które osłabiają ścianę naczynia (np. tętniaki) lub zwężają jego średnicę, zmniejszając tym samym przepływ krwi [3]. Udar niedokrwienny (ICD-10: 163-164), stanowiący 80-90% (w zależności od źródła) wszystkich udarów, według najnowszej definicji *American Heart Association* oraz *American Stroke Association* (AHA/ASA) oznacza „nagłe, ogniskowe naczyniopochodne uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego [...] potwierdzone obecnością ogniska udarowego w badaniach neuroobrazowych lub utrzymywanie się objawów ogniskowych ponad 24 godziny przy wykluczeniu innych przyczyn zaburzeń neurologicznych” [5]. W zależności od topografii i wielkości ogniska niedokrwiennego, jak również ogólnego stanu zdrowia pacjenta przed wystąpieniem incydentu, następstwa mogą w różnym stopniu wpływać na funkcjonowanie chorego.

Jeśli w trakcie udaru niedokrwiennego uszkodzone zostaną obszary mózgu odpowiedzialne za mowę (dwa główne to pole Broki i pole Wernickego), u pacjentów diagnozuje się afazję, czyli „zaburzenie (*impairment*) poszczególnych funkcji językowych, na skutek którego dochodzi do dysfunkcji (*disability*) w zakresie komunikacji z innymi ludźmi, co z kolei prowadzi do powstania stanu niepełnosprawności

(*handicap*) spowodowanego izolacją społeczną, utratą ról społecznych itp.” [3]. J. Panasiuk podkreśla, że termin „afazja” odnoszony jest albo do zaburzeń mowy wynikających z wszelkich uszkodzeń mózgu, albo do trudności językowych będących efektem ogniskowych uszkodzeń mózgu (tzw. obszarów mowy) w dominującej półkuli [6]. Choć afazja stanowi tylko jeden z objawów uszkodzenia mózgu, komunikacja językowa (odbiór i nadawanie, interakcja) angażuje największe zasoby mózgowie, jej złożoność skutkuje niezmiernie skomplikowanym obrazem klinicznym.

Polski badacz mechanizmów mowy, M. Maruszewski [7] wykazał, że izolowane postacie afazji występują niezmiernie rzadko. Prawie zawsze do afazji impresywnej – czuciowej (objawiającej się zaburzeniami rozumienia, czyli procesu dekodowania mowy, które wpływają na jakość wypowiedzi) dołącza się komponent ruchowy, a w afazji ekspresywnej – ruchowej (charakteryzującej się utratą bądź znacznym ograniczeniem nadawania mowy, spowodowanej utratą wyuczonych pamięciowych wzorców skoordynowanych czynności ruchowych języka, warg i krtani, koniecznych do wokalizacji zrozumiałych pojedynczych słów, zwrotów, zdań) występuje też w pewnym stopniu upośledzenie rozumienia słów [8]. W mowie pacjenta z afazją często obserwuje się parafazje (nieprawidłowe użycie słów lub głosek), kontaminacje (nieprawidłowe połączenia dwóch lub więcej słów albo wyrażen), persewacje (uporczywe powtarzanie sylaby czy słowa), podczas czytania paraleksje (nieprawidłowe odczytywanie wyrazów lub zastępowanie ich innymi o podobnym brzmieniu), zaś w piśmie paragrafie (zaburzenia pisania).

W celu podjęcia decyzji odnośnie do stosowanych metod terapii, z jakich pacjent byłby w stanie skorzystać, oraz określenia, jakie ma realne perspektywy na poprawę w zakresie funkcjonowania językowego, należy ustalić charakter podstawowego mechanizmu zaburzenia, w którym afazja stanowi jeden z elementów [3]. Postawienie hipotezy dotyczącej przyczyny afazji jest fundamentalne w opracowaniu dobrego planu diagnostyczno-terapeutycznego przez logopedów. W pracy ukazano dynamikę obrazu zaburzeń mowy pacjentki z afazją w odniesieniu do aktualnego stanu zdrowia oraz efektów leczenia i terapii logopedycznej, prowadzonej w zakładzie opiekuńczo-leczniczym.

MATERIAŁ I METODY

Postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne z pacjentką B.A. było zdeterminowane stanem sprawności językowych i poznawczych oraz zdrowiem

badanej. Spotkania z logopedą odbywały się przez siedem miesięcy, możliwe trzy razy dziennie od trzech do pięciu razy w tygodniu. Pierwszą sesję z reguły organizowano w godzinach porannych, trwała maksymalnie 15 minut – miała na celu nawiązanie kontaktu z chorą. Włączano wówczas ćwiczenia tzw. rozhamowujące, stymulujące oraz pobudzające do podnoszenia motywacji do rehabilitacji. Druga natomiast była dłuższa, trwała z reguły 45-60 minut i opierała się na włączeniu ćwiczeń bezpośrednio zaburzonych czynności. Ostatnie spotkanie zazwyczaj miało miejsce w godzinach popołudniowych i jego głównym celem było zapoznanie pacjentki z zadaniami, które miała wykonać samodzielnie na kolejne spotkanie. Poza podjęciem czynności diagnostyczno-terapeutycznych, logopeda opracował zalecenia dla opiekunów w placówce oraz osób z najbliższego otoczenia (wskazówki nie zostały wykorzystane ze względu na brak spotkań z jedyną bliską pacjentce osobą, konkubentem), prowadził okresową ocenę postępów w usprawnianiu oraz kontrolną ocenę logopedyczną w celu weryfikacji hipotezy diagnostycznej oraz bieżącej modyfikacji programu terapii.

W diagnozowaniu afazji ważne jest przede wszystkim podejście jakościowe. Pełny obraz zaburzeń mowy w afazji dają wyniki na podstawie badań neuroobrazowych i neuropsychologicznych, jak również logopedycznych, identyfikujących deficyty w zakresie języka i komunikacji. Po nawiązaniu kontaktu, przeprowadzeniu wywiadu z pracownikiem socjalnym oraz analizie dokumentacji, na bieżąco obserwowano zachowania społeczne i komunikacyjno-językowe chorej. Diagnoza logopedyczna pacjentki B.A. prowadzona była według podejścia analitycznego przy użyciu prób eksperymentalno-klinicznych. Jako pierwsze, po kilku tygodniach od wystąpienia udaru u pacjentki, wykonano trzyczęściowe badanie mowy testem SODA (Skala Oceny Dynamiki Afazji) w zakresie: rozumienia mowy, nadawania mowy i nazywania przedmiotów, wskazującym na rodzaj afazji oraz oceniającym ją w sposób ilościowy. Po kilku miesiącach terapii zastosowano „Test nazywania” Antoniego Balejki, składający się z 44 kolejno ponumerowanych obrazków przedstawiających powszechnie znane przedmioty, pozwalający uzyskać informacje dotyczące słownictwa biernego, czynnego, rozumienia poleceń i ich wykonania, jak również „Test Żetonów” (*Token Test*) w wersji skróconej (39 poleceń), który ocenia wyłącznie zaburzenia rozumienia przy wykorzystaniu przez badacza zestawu figur geometrycznych w kilku kolorach, wielkościach i kształtach. Po niemal półrocznej terapii pacjentkę poddano badaniu Bostońskim Testem do Diagnozy Afazji

(BTDA). Wersja standardowa składa się z pięciu części: rozmowa i opowiadanie, rozumienie, ekspresja oralna, czytanie i pisanie. Każde z poleceń sumuje się w sposób surowy, ilość punktów najczęściej jest zależna od ilości podpunktów oraz czasu reakcji.

WYNIKI

Dane ogólne

Sześćdziesięcioletnia pacjentka B.A. została przyjęta do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Raciborowicach 1 lutego 2016 roku z widocznymi zaburzeniami mowy i niedowładem połowicznym prawostronnym. Kobieta była wcześniej (od 21 grudnia 2015 r.) hospitalizowana na Oddziale Udarowym z Wczesną Rehabilitacją Neurologiczną Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. M. Kopernika w Łodzi z powodu objawów udaru niedokrwiennego ośrodkowego układu nerwowego pod postacią osłabienia siły mięśniowej po stronie prawej oraz afazji globalnej.

Wywiad

Zebranie wywiadu w ośrodku było utrudnione z powodu trudnej sytuacji rodzinnej i socjalnej pacjentki (syn mieszka za granicą, konkubent nie wyrażał chęci zaopiekowania się pacjentką). Informacje na temat sytuacji socjalnej pacjentki zdobyto dzięki wywiadowi przeprowadzonemu z pracownikiem socjalnym. Pacjentka ma wykształcenie podstawowe, przed zachorowaniem pracowała jako salowa w jednym z łódzkich szpitali. Zajmowała jednopokojowe mieszkanie socjalne, istniały podejrzenia, że nadużywała alkoholu.

Obserwacja

Na początku pacjentka poruszała się na wózku, była labilna emocjonalna, nie zawsze chętnie współpracowała. W ośrodku pacjentkę obserwowano podczas wykonywania codziennych czynności (jedzenia, picia, ubierania się i in.), a także w trakcie warsztatów terapii zajęciowej. Od pierwszych dni pobytu próbowała być możliwie jak najbardziej samodzielna podczas wykonywania czynności higienicznych, ze względu na niedowład prawej ręki z determinacją usprawniała lewą rękę. Zarówno podczas prób komunikowania się z personelem medycznym, jak i przebywającymi w ośrodku pacjentami, obserwowano trudności w nawiązywaniu i podtrzymywaniu kontaktu. Początkowo do aktywności proponowanych przez terapeutów podchodziła z jawną wrogością: krzycząc, płacząc i odwracając głowę. Zauważalne były objawy depresji poudarowej.

Analiza dokumentacji (medycznej i psychologicznej)

W badaniu neurologicznym przy przyjęciu do szpitala stwierdzono brak kontaktu słowno-logicznego, niespełnianie poleceń, brak odpowiedzi na pytania. Zdiagnozowano afazję globalną, ośrodkowe porażenie nerwu twarzowego (n. VII) po stronie prawej, wiotką plegię połowiczną prawostronną, objaw Babińskiego prawostronny.

W badaniu tomograficznym głowy uwidoczniło się hiperdensyjną lewą tętnicę środkową mózgu oraz hipodensyjne zmiany udarowe w wyspie lewej i korowo-podkorowy zanik w okolicy ciemieniowo-skroniowej. W Skali Udarowej Narodowego Instytutu Zdrowia (*National Institutes of Health Stroke Scale*, NIHSS) otrzymała 16 punktów, co wskazuje na wystąpienie udaru o umiarkowanie poważnej sile (15-20 – *moderately severe stroke*). Po badaniu USG Doppler naczyń domózgowych wysunięto podejrzenie rozwarstwienia w CCA sin (tętnicy szyjnej wspólnej lewej) w odcinku za odejściem od łuku aorty, ponadto asymetrię w średnicy badań naczyń – węższe naczynia po stronie lewej, niskie wartości prędkości oraz wydłużenie czasu akceleracji w badanych naczyniach po stronie lewej, w lewej tętnicy kręgowej przepływ jednofazowy całkowicie odwrócony. Diagnostykę poszerzono o badanie angio-CT naczyń domózgowych i mózgowych, gdzie stwierdzono niedrożną na długości 20 mm lewą tętnicę podobojczykową od poziomu odejścia od łuku aorty, w podziale CCA sin niewupnioną i uwupnioną blaszki miażdżycowe, zwężające światło naczynia o ok. 40%; lewa tętnica kręgowa niedrożna od odejścia wypełniająca się z krążenia obocznego. Z uwagi na widoczne przy rehabilitacji dolegliwości bólowe prawego stawu kolanowego, pacjentka została skonsultowana ortopedycznie. Na wardze dolnej zmiana guzowata (prawdopodobnie naczyniak), blizna pooperacyjna w linii pośrodkowej jamy brzusznej. Brak informacji dotyczących innych chorób przewlekłych.

Pacjentka została objęta terapią neurologopedyczną, rehabilitowana ruchowo, sadzana, biernie utrzymywała pozycję siedzącą. Już w szpitalu obserwowano stopniową poprawę w zakresie mowy. Po zakończonej diagnostyce i leczeniu w stanie optymalnej poprawy pacjentka dn. 1 lutego 2016 roku została wypisana do zakładu opiekuńczo-leczniczego. W badaniu neurologicznym w dniu wypisu stwierdzono afazję mieszaną z przewagą afazji ruchowej, ośrodkowy niedowład prawego n. VII, hemiplegię wiotką prawostronną oraz objaw Babińskiego po stronie prawej. Przy przyjęciu do Zakładu Opiekuńczo-Rehabilitacyjnego w Racibo-

rowicach określono stan pacjentki jako stabilny, bez duszności. Według opinii psychologicznej podczas przyjęcia do ośrodka badana była przytomna, w znacznie ograniczonym kontakcie słownym ze względu na afazję sensomotoryczną. Orientacja autopsychiczna była zachowana, w miejscu i czasie częściowo zachowana, trudna do oceny. W trakcie badania pacjentka była spokojna, współpracująca, przy poleceniach dla niej trudnych niecierpliwa, podenerwowana. Miała świadomość własnych zaburzeń mowy i ich przejawów, odczuwała wyraźny dyskomfort. Jej nastrój był dostosowany, emocje prawidłowo wyrażone, napęd w normie. Nie stwierdzono zaburzeń spostrzegania, treści i toku myślenia. Ze względu na plegię prawej, dominującej ręki, zadania pisemne i konstrukcyjne wykonywała lewą ręką.

Na podstawie przeprowadzonych badań i obserwacji stwierdzono, iż afazja pacjentki przyjmuje postać głębokich zaburzeń nadawania mowy oraz umiarkowanego stopnia zaburzeń rozumienia mowy. Występują łagodne zaburzenia poznawcze (osłabienie uwagi, praksjii, akalkulia), bez cech otępienia. Ze względu na deficyty poznawcze oraz ograniczenia fizyczne, chora jest niesamodzielną, wymaga pomocy w codziennych czynnościach ze strony innych osób. Wskazana kontynuacja terapii logopedycznej oraz okresowa kontrola psychologiczna.

Badania własne

Następnego dnia po przyjęciu do placówki opiekuńczo-leczniczej podjęto próbę nawiązania kontaktu z pacjentką. W orientacyjnym badaniu mowy stwierdzono brak kontaktu słowno-logicznego, przy utrzymywanym wzrokowym i emocjonalnym (podaje lewą rękę na powitanie). U chorej zaobserwowano embol (automatycznie powtarzany twór językowy, zastępujący mowę werbalną) w postaci podwojonej partykuły twierdzącej „nono” oraz wyraźną dysocjację między brzmieniem a znaczeniem słów (stąd pomyłki w udzielaniu odpowiedzi typu tak/nie). Podczas kolejnych spotkań widoczne były trudności z nadawaniem mowy, wykonywaniem poleceń, z koncentracją uwagi oraz dużą labilnością emocjonalną, prawdopodobnie stanowiącą jeden z objawów osiowych depresji poudarowej [9].

Po kilku tygodniach wykonano badanie mowy testem SODA (Skala Oceny Dynamiki Afazji), które ujawniło afazję mieszaną z przewagą afazji motorycznej znacznego stopnia [SODA x (0,5; 0,5; 0,5) = 1,5 pkt]:

A. Rozumienie mowy – 0,5 pkt – wykonuje proste polecenia poparte gestem;

- B. Ocena ekspresji werbalnej – 0,5 pkt – wypowiedzi pojedyncze dźwięki, sylaby;
- C. Nazywanie przedmiotów – 0,5 pkt – nie nazywa przedmiotów, nie opisuje ich, choć potrafi dopasować podpis do obrazka.

Mowa od siebie była całkowicie zniesiona. Pacjentka nie potrafiła podać swoich danych personalnych, własne imię (Barbara) realizowała z licznymi perseweracjami: „Ba... a... noo... no, co, coo, coo”. Wykonanie ciągów zautomatyzowanych było niemożliwe, także z pomocą logopedy. Pacjentka na zadane pytania odpowiadała niezrozumiałymi omówieniami bądź persewerowała embol „no”. Trudności artykulacyjne występowały zarówno w mowie spontanicznej, jak również podczas nazywania czy powtarzania. Pacjentka była w stanie wykonać proste polecenia, gdy zostały poparte gestem. Nie orientowała się w schemacie własnego ciała (autotopagnozja). Upośledzone było wykonywanie poleceń złożonych oraz poleceń wymagających rozumienia konstrukcji fleksyjnych, a pokazanie przedmiotów według nazwy – możliwe, podobnie jak dopasowywanie podpisów do przedmiotów oraz tworzenie kategorii. Czytanie i pisanie było głęboko zaburzone, problemy motoryczne utrudniały automatyczne odtworzenie kształtu liter. Zaburzone było też powtarzanie, choć możliwe przy użyciu technik mechanicznych. W mowie pacjentki obserwowano liczne parafazy (głoskowe, werbalne), kontaminacje i perseweracje, w piśmie – paraleksje oraz perseweracje.

Po kilku miesiącach terapii wykonano „Test nazywania” Antoniego Balejki. W ocenie mowy i wymowy zaobserwowano liczne parafazy oraz perseweracje, zwłaszcza embolu „no”. W badaniu rozumienia i ekspresji mowy potocznej zaobserwowano, że pacjentka rozumie większość komunikatów, odpowiada najczęściej persewerując „nie, noo, ojeej”, przy czym cechy prozodyczne jej mowy były zachowane – intonacją głosu manifestowała, kiedy znała nazwę desygnatu, ale miała problem z jej słowną realizacją. Często substytuowała [a] do [e] w wygłosie wyrazów. Przy podpowiedzi głoski lub sylaby oraz w trakcie udzielania przez badaną poprawnej odpowiedzi obserwowano wyraźne pauzy w śródgłosie wyrazów. Podczas badania widoczne było duże zaangażowanie i motywacja pacjentki. Podpowiedzi głoski lub sylaby były z reguły skuteczne, szczególnie przy sylabie (lub dwóch). Podpowiedź pierwszej głoski nie zawsze dawała takie rezultaty, np. wyraz CYTRYNA; podpowiedź: [c...] – odpowiedź: „cyganka”; podpowiedź: [cyt...] – odpowiedź: „cytryna”.

W trakcie badania tempo mowy było przyspieszone, pacjentka bardzo emocjonalnie podchodziła

do wykonywanych zadań. Podczas mówienia odpowiednio wykorzystywała jamy rezonacyjne nosa, jamy ustnej, gardła i zatok przynosowych. Badana oddychała torem górnym piersiowym. Sprawność narządów mownych była dobra, pacjentka wykonywała większość poleceń popartych gestem. W ocenie muskulatury twarzy i narządów artykulacyjnych nie zaobserwowano cech dyzartrii, napięcie mięśni było prawidłowe.

Wykonany po kilku miesiącach „Test Żetonów” (*Token Test*) – w wersji skróconej – ujawnił zaburzenia rozumienia. Ilość nieprawidłowych reakcji sięgała prawie 60% (97 punktów na 163). W pierwszych etapach badania (A-C) poziom wykonania był względnie wysoki, ale dotyczył on głównie poleceń prostych, które dodatkowo można było powtórzyć. Pacjentka miała wyraźny problem ze zrozumieniem poleceń złożonych oraz tych, które wymagały rozumienia konstrukcji fleksyjnych.

Po prawie półrocznej terapii wykonano Bostoński Test do Diagnozy Afazji (BTDA), który składa się z pięciu etapów. Jego wykonanie zajęło pięć spotkań. Wyniki surowe testem BTDA ukazano w tabeli I.

Z uwagi na to, że badanie zostało wykonane za pomocą wersji eksperymentalnej narzędzia, brak jest norm, które określałyby poziom wykonania poszczególnych zadań. Według logopedy badana uzyskała najlepsze wyniki w trzech aspektach „Rozumienia” (II): różnicowanie słów, rozumienie nazw części ciała, polecenia; dwóch aspektach „Ekspresji oralnej” (III): rytm, powtarzanie słów; trzech aspektach „Czytania” (IV): utożsamianie liter i słów, przyporządkowanie nazw desygnatom, czytanie ciche zdań i tekstów oraz dwóch aspektach „Pisania” (V): technika pisania i dyktando elementarne. Generalnie najwyższe wyniki dotyczą rozumienia i czytania globalnego.

Pacjentka, mimo wyraźnych trudności w nadawaniu mowy, podjęła się wykonania większości zadań, choć wymagała licznych podpowiedzi werbalnych, kontekstowych i fonetycznych. Była to sytuacja stresowa dla badanej i nasiliła pojawianie się embolu „nono”, licznych parafazji głoskowych i werbalnych oraz perseweracji wcześniejszych wytworów słownych.

Rozpoznanie logopedyczne

W ciągu pierwszych tygodni po udarze niedokrwiennym mózgu, w szpitalu, stwierdzono u pacjentki występowanie afazji całkowitej. Utrzymywała się ona także w pierwszych dwóch tygodniach po przybyciu do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Raciborowicach. W ośrodku od drugiego dnia pobytu była prowadzona terapia logopedyczna oraz

Tabela I. Wyniki badań pacjentki Bostońskim Testem do Diagnozy Afazji (BTDA) [oprac. własne]

| Rozdział | Podrozdział | Uzyskany wynik / liczba punktów możliwa do zdobycia | Sposób wykonania |
|--|---|---|---|
| Rozmowa i opowiadanie | A. Proste odpowiedzi | 2/7 | 1. Jak się Pani dzisiaj czuje? „No, no, no...” 2. Czy była Pani przedtem w tym miejscu? Czy już kiedyś Panią badałam? „Nie, ja...” [gest: tak] 3. Czy sądzi Pani, że są postępy, że jest już lepiej? [gest: tak] 4. Czy myśli Pani, że może Pani zrobić jeszcze więcej postępów? 5. Kiedy Pani wyjdzie ze szpitala? 6. Jak ma Pani na imię? „Imię, no, i-mię... [z pomocą] Basia” 7. Skąd Pani jest? „no... [z pomocą: jestem z Ło...] |
| | B. Swobodna rozmowa | – | – |
| | C. Opowiadanie na podstawie obrazka | – | „no i... wie, no, wie, wi... [z pomocą] widzę wie, wie [z pomocą] wielką, d, d, d, d, [pokazując palcem na kobietę, podpowiedź: ko...] ko, ojej, no, [podpowiedź: kobie...] kobieta, no, i, ci, nie, no, [pokazując palcem dziewczynkę, podpowiedź: dzie...] dziękuję...” |
| Ocena stopnia głębokości zaburzenia na podstawie mowy spontanicznej: 1 – porozumiewanie się fragmentarycznymi wypowiedziami. Słuchający musi ingerować, prosić o wyjaśnienia. Zakres wymienianej informacji ograniczony. Ciężar porozumiewania się spoczywa na słuchającym. | | | |
| Rozumienie | A. Różnicowanie: słów, przedmioty, litery, figury, czynności, kolory, liczby | 62,5/72 | Większość desygnatów rozpoznanych w czasie do 5 s, sporadycznie powyżej 5 s (litery i figury), jedno rozpoznanie z pomocą. |
| | B. Rozumienie nazw części ciała | 15/20 | 13 rozpoznań w czasie do 5 s (po 1 pkt), 4 rozpoznania prawidłowe, ale z wahaniem, kolumna III, w której rozpoznaje się stronę prawą i lewą: wskazanie 5 prawidłowych na 8 możliwych (wg punktacji 1 pkt otrzymuje się dopiero za rozpoznanie prawidłowo 6 lub 7 jednostek). |
| | C. Polecenia 1. Proszę pokazać pięść. 2. Proszę pokazać sufit, następnie podłogę. 3. Proszę położyć ołówki na kartce, a potem odłożyć go z powrotem. 4. Proszę położyć zegarek po drugiej stronie ołówka i odwrócić kartkę. 5. Proszę klepnąć każde ramię dwa razy dwoma palcami z zamkniętymi oczami. | 6/15 | Prawidłowe wykonanie każdego podkreślonego elementu w poleceniu: 1. 1 punkt 2. 2 punkty 3. 3 punkty 4. – 5. – |
| | D. Złożony materiał językowy | 3/12 | Punktowane tylko poprawne odpowiedzi na obydwa pytania z każdej pary łącznie. Pacjentka poprawnie odpowiedziała na 3 pary pytań (zaprzeczając bądź potwierdzając gestem): 1 a: Czy korek utonie w wodzie? 1 b: Czy kamień utonie w wodzie? 2 a: Czy można używać młotka do wbijania gwoździ? 2 b: Czy młotek nadaje się do cięcia drewna? Odpowiedzi na krótkie opowiadanie: 5 a: Czy Pan Kowalski spóźnił się na pociąg? 5 b: Czy przybył na stację w porę? |
| Ekspresja oralna | A. Sprawność oralna 1. Niewerbalna Polecenia: a. Wysunąć i rozluźnić wargi b. Otworzyć i zamknąć usta c. Cofnąć i rozluźnić wargi d. Przesuwać język pomiędzy kącikami ust e. Wysunąć i cofnąć język f. Dotknąć językiem górnych i dolnych zębów | 5/12 | Pacjentka poproszona o możliwie jak najlepsze i najszybsze wykonanie zademonstrowanych jej uprzednio szybko powtarzanych ruchów warg i języka (punktacja: liczone pełne powtórzenia demonstrowanych ruchów w ciągu 5 s, przysnaje się odpowiednio 2 lub 1 pkt): a. 1 punkt (4 powtórzenia) b. 1 punkt (6 powtórzeń) c. 0 punktów (2 powtórzenia) d. 2 punkty (8 powtórzeń) e. 1 punkt (5 powtórzeń) f. 0 punktów (1 powtórzenie) Sprawność oralna na dość niskim poziomie, choć zauważa się wyraźne postępy w porównaniu z początkowym etapem terapii. |

| | | | |
|----------|--|-------------------|---|
| | 2. Werbalna Polecenia: a. mama, mama, ... b. tip-top, tip-top... c. pół na pół... d. dzięki, dzięki... e. gradobicie... f. pasta do zębów... g. krasnoludek... | 1/14 | Uwzględnia się liczbę powtórzeń słów uzyskanych w ciągu 5 s i przyznaje się odpowiednio 2 lub 1 pkt: a. 1 punkt (5 powtórzeń) b. 0 punktów („tom, tom, to, to”) c. 0 punktów („a, ma-ma, ma-ma”) d. 0 punktów („a, no, ma-ma, ma-ma, ma-ma”) e. 0 punktów („no, no...”) f. 0 punktów („mm, ojej, ma-ma”) g. 0 punktów („no, noo, ojej-ku, no, ści, ości”) Sprawność werbalna na bardzo niskim poziomie. Pacjentka nie była w stanie poprawnie powtórzyć większości sekwencji. |
| | B. Ciągi zautomatyzowane Dni tygodnia Miesiące Liczby do 21 Alfabet | 0/8 | Pacjentka nie wykonała samodzielnie zadania, z podpowiedziami próbowała wypowiedzieć różne ciągi, np.: [podpowiedź: ponie...] po- po-po-niedziółki, po-niedziółek, no i, po, nie, nie, [wto...] wtorek, pią, po, poś, ś, dzie, nie... [śro...], środa, ps-ro-da; [sty...] styczeń, śru, nie, nie, sii, siu, siódem, fio, ojej, no, [lu...] luty, piąty, [ma...] maszec, [kwie...] czwart, kwie [kwieci...] kwiecień, [mm...] marzec, [ma...] maj, no, ojej; [je...] jeden, je, no, [d...] dwa, trzy, c, no [czte...] cztery, pieńć, no i, no [sz..., sze...] sześć, [się...] siedem, [o...] o-siem, [dzie...], dziewięć, [dziesi...] dziesięć, [jede...] jedenaście, no iii, dwa, [dwa...] dwanaście, pie, [trzy] trzynaście, [cztery...] czternaście, piętnaście, [sze...] szesnaście, [się...] siedemnaście, [o...] osiemnaście, [dzie...] dziewiętnaście, [dwa...] dwadzieścia. Pacjentka odmówiła wykonania alfabetu. |
| | C. Recytacja Śpiewanie Rytm | 0/2 0/2 1/2 | Pacjentka nie była w stanie niczego wyrecytować, nie była chętna do recytacji z pomocą lub śpiewania. Wystukiwała rytm, choć wykonanie było zakłócone. |
| | D. Powtarzanie słów | 6/10 | Brązowy: „bro, bron-zowy” Krzeseł: „nie, nie, no, sło, nie” [powtórzenie] „krze-sło” Co: „nie, ojej, nono, cso” Hamak: [powtórzenie] „ha-mak” Czerwony: „szer-ny” [powtórzenie] „szer-wony” Jot: „o, ojej, nooo” 15: „ojej, pi, pi” [powtórzenie wyrazu] „pie-tnasty” 1776: odmowa wykonania Podkreślić: „nie, nie” Rzymskokatolicki: pacjentka nie chciała spróbować powtórzyć słowa |
| | E. Powtarzanie zdań | 0/16 | Pacjentka nie powtórzyła żadnego zdania. |
| | F. Nazywanie w odpowiedzi na pytania | 0/30 | Pacjentka nie odpowiedziała na żadne pytanie. |
| | G. Nazywanie na podstawie obrazków | 0/105 | Pacjentka z pomocą (nie przyznaje się punktów) nazwała wszystkie przedmioty (krzesło, klucz, rękawiczkę, piórko, hamak, kaktus), choć wymagała zdecydowanej podpowiedzi fonetycznej (głównie kończyła wyrazy), kilka liter (h, t, s), czynności (śpi, pije, czyta, upada), dwie liczby (7 i 15), większość kolorów i części ciała. |
| | H. Fluencja słowna – wypowiedanie nazw zwierząt | 0 | Pacjentka nie podjęła się zadania. |
| Czytanie | A. Utożsamianie liter i słów | 8/10 | Pacjentka utożsamiła poprawnie większość liter (H, K, B, F – poza G) oraz słów (kot, ona, na, był – poza „kora”). |
| | B. Rozpoznawanie słów | 2/8 | Pacjentka w zdaniu rozpoznała jedynie dwa słowa: „piesek” oraz „statek”. |
| | C. Przyporządkowanie nazw desygnatom | 6/10 | Pacjentka na obrazkach poprawnie wskazała desygnaty słów: krzesło, koło, hamak, trójkąt, brązowy, czyta. Błędnie wskazała pozostałe: 15, 721, kapie, czerwony. |
| | D. Czytanie głośnie słów | 3/30 | Pacjentka przeczytała z karty jedno słowo: „czyta” i wykonała to zadanie w szybkim tempie (do 3 s). |
| | E. Czytanie głośnie zdań | 0/10 | Pacjentka nie przeczytała żadnego zdania ani jego elementu. |
| | F. Czytanie ciche zdań i tekstów | 6/10 | Pacjentka wskazała 6 poprawnych uzupełnień podanego kontekstu (np. „Pies może...”), co świadczy o zachowanym cichym czytaniu zdań i tekstów. |
| Pisanie | A. Technika pisania | 11/21 | Pacjentka nie napisała samodzielnie swojego imienia, nazwiska i adresu, ale dość sprawnie je przepisała. Uformowanie liter było tylko częściowo niepoprawne, dobór liter właściwy, badana wykonywała zadanie z bardzo dużym wysiłkiem. |
| | B. Pisanie ciągów | 0/47 | Pacjentka odmówiła wykonania zadania. |
| | C. Dyktando elementarne | 6/15 | Pacjentka zapisała samodzielnie kilka pojedynczych liter (B, K, L, R, T) oraz jedno słowo („kot”). Nie zapisała żadnej liczby. |
| | D. Pisanie słów pod dyktando | 0/10 | Pacjentka odmówiła wykonania zadań. |
| | E. Pisanie nazw pokazywanych desygnatów | 0/10 | |
| | F. Narracja pisemna | 0/11 | |
| | G. Pisanie zdań pod dyktando | 0 | |

udzielane wsparcie psychologiczne, umożliwiające zaobserwowanie dynamiki zmian w obrazie zaburzeń mowy chorej. Wraz ze stabilizowaniem się stanu klinicznego pacjentki, objawy uległy złagodzeniu, wówczas zaburzenia mowy przyjęły postać afazji mieszanej (z przewagą aspektu motorycznego) znacznego stopnia. Stan sprawności językowej z czasem ulegał poprawie i zaczęły wyłaniać się ogniwa w obrębie dynamicznego układu funkcjonalnego, które determinowały specyfikę trudności w mówieniu i rozumieniu na kolejnych etapach terapii logopedycznej. Ostatecznie wyłonił się obraz afazji motorycznej kinestetycznej (aferentnej, dośrodkowo-ruchowej), cechującej się naruszeniem kinestezji mowy. Zaburzenia dotyczyły gnozy somestetycznej, czyli analizy i syntezy doznań czuciowych z narządów mowy. Obserwowano reakcję poszukiwawczą w przestrzeni orofacjalnej, a realizowanie izolowanych dźwięków mowy przychodziło pacjentce z wyraźnym trudem. Ów defekt był przyczyną trudności w artykulacji – występowały zniekształcenia wypowiedzianych głosek i słów, parafazje głoskowe i – analogicznie w piśmie – paragrafie literowe. Zaburzone były wszystkie rodzaje mowy ustnej i pisanej: spontaniczna, dialogowa, monologowa, powtarzanie i nazywanie oraz czytanie i pisanie. Pacjentka, nie czując motorycznej podstawy słowa, nie była w stanie go napisać ani przeczytać. Rozumienie wypowiedzi zaburzone było wtórnie, w mniejszym stopniu, na wysokim poziomie organizacji logiczno-gramatycznej. Z powodu rozpadu czuciowych wzorców głosek wtórnie występowały też deficyty w rozpoznawaniu istotnych cech dźwięków mowy (słuch fonematyczny). Uszkodzony był tzw. akt

artykulacyjny, co w konsekwencji prowadziło do trudności w znalezieniu właściwego wzoru artykulacji przy wypowiedzaniu dźwięku.

PODSUMOWANIE

Opisany przypadek jest dowodem na to, że postępowanie logopedyczne z pacjentem z afazją jest procesem dynamicznym, wymagającym działań rozłożonych w czasie, dostosowywanych do kondycji oraz aktualnych możliwości chorego. Czynności logopedy koncentrują się głównie na zaburzeniach komunikacji i języka, rozpatrywanych na tle ogólnego funkcjonowania pacjenta, dlatego diagnoza dotycząca afazji podlega weryfikacji w trakcie prowadzonej terapii. Rehabilitacja zaburzeń mowy wymaga współpracy logopedy z innymi specjalistami w celu poprawy jakości życia chorego.

Z racji wciąż dużej liczby udarów w ciągle starzejącym się społeczeństwie, niezwykle istotne jest określenie standardu postępowania, który nakazywałoby objęcie terapią logopedyczną, psychologiczną oraz fizjoterapią każdego pacjenta po udarze mózgu. Jest to istotne tym bardziej, że w Polsce mniej, niż połowa chorych po udarze mózgu jest poddawanych rehabilitacji [10], a występowanie afazji w istotnym stopniu pogarsza rokowanie, gdyż wiąże się z deficytami ruchowymi, poznawczymi oraz zaburzeniami funkcjonowania społecznego [11-13]. Nieprawidłowości w zakresie komunikacji i języka są zatem przyczyną dezintegracji psychicznej i społecznej oraz znacznego pogorszenia jakości życia pacjenta [10].

Piśmiennictwo

1. Siminska J, Pietkun K, Porzych P, Głowacka I, Grzyb S, Hagner W i wsp. Udar niedokrwienny mózgu – postępowanie przedszpitalne i wczesnoszpitalne. *J Educ Health Sport* 2016; 6(8): 439-53.
2. Jastrzębowska G. Podstawy teorii i diagnozy logopedycznej. Wyd UO, Opole 1998.
3. Pąchalska M. Patogeneza i neuropsychologiczna diagnostyka afazji. (w) Podstawy neuropsychologii klinicznej. Domańska Ł, Borkowska A (red.). Wyd UMCS, Lublin 2011.
4. Knychalska-Zbierańska M. Afazja – złodziejka słów. Studium przypadku. *Logopedia Silesiana* 2014; 3: 271-84.
5. Udary mózgu – rosnący problem w starzejącym się społeczeństwie. Raport Instytutu Ochrony Zdrowia. Raciborski F, Gujski M (red.). Instytut Ochrony Zdrowia, Warszawa 2016.
6. Panasiuk J. Afazja – typologia zaburzenia. Interpretacja afazji z perspektywy interakcyjnej. (w) *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*. Grabias S, Kurkowski ZM (red.). Wyd UMCS, Lublin 2014: 569-621.
7. Maruszewski M. Chory z afazją i jego usprawnianie. Nasza Księgarnia, Warszawa 1974.
8. Sadowski B, Chmurzyński JA. Biologiczne mechanizmy zachowania, PWN, Warszawa 1989.
9. Wichurska K. Obraz kliniczny afazji sensoryczno-motorycznej (mieszanej). Objawy osiowe i towarzyszące. *Logopaedica Lodziensia* 2017; 1: 145-158.
10. Ryglewicz D, Milewska D. Epidemiologia afazji u chorych z udarem mózgu. *Udar Mózgu* 2004; 6(2): 65-70.
11. Wade DT, Hower RL, David RM, Enderby PM. Aphasia after stroke: natural history and associated deficits. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1986; 49: 11-16.
12. Pohjasvaara T, Erkinjuntti T, Ylikoski R, Hietanen M, Vataja R, Kaste M. Clinical determinants of poststroke dementia. *Stroke* 1998; 29: 75-81.
13. Tatemichi TK, Desmond DW, Stern Y, Paik M, Sano M, Bagiella E. Cognitive impairment after stroke: frequency, patterns, and relationship to functional abilities. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1994; 57: 202-7.