

DIAGNOZA I TERAPIA LOGOPEDYCZNA PACJENTA Z AFAZJĄ PO URAZIE GŁOWY

Diagnosis and speech therapy of a patient with aphasia after a head injury

Magdalena Kazimierska-Zajac¹, Joanna Bronowicka², Joanna Rosińczuk¹

¹ Zakład Chorób Układu Nerwowego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

² Pogotowie Ratunkowe w Legnicy

adres do korespondencji: joanna.rosinczuk@umed.wroc.pl

STRESZCZENIE

Afazja jest konsekwencją uszkodzeń określonych struktur mózgowych, powodujących całkowite lub częściowe zaburzenie mechanizmów programujących czynności mowy człowieka. Badaniem objęto 30-letnią kobietę z afazją mieszaną, po urazie głowy. Celem pracy jest przedstawienie i omówienie diagnozy i terapii pacjentki z afazją mieszaną, z przewagą afazji motorycznej oraz wskazanie obszarów, które należy objąć terapią logopedyczną. Program terapii zakładał poprawę jakościowych i ilościowych aspektów mowy (przez poprawę m.in. praktyki, aktywności werbalnej, artykulacji, fluencji słownej, pamięci). Spotkania odbywały się 2 razy w tygodniu po 30 minut przez 10 miesięcy. Terapia przyczyniła się do poprawy płynności tworzenia zdań i nadawania im odpowiedniej formy gramatycznej. Pacjentka jest bardziej aktywna werbalnie, artykulacja jest zbliżona do normy, nastąpiła poprawa pamięci. Wykorzystanie odpowiednich metod i narzędzi pracy w przypadku pacjentki z afazją mieszaną przyniosło zamierzone efekty. Należy podejmować pracę z pacjentem jak najwcześniej od wystąpienia zaburzeń oraz dbać o stan psychiczny chorego, który odgrywa ogromną rolę w poprawie stanu mowy.

Słowa kluczowe: afazja, zaburzenia mowy, diagnoza logopedyczna, terapia logopedyczna.

SUMMARY

Aphasia is a consequence of a damage of particular brain structure which causes partial or total disorder of mechanisms promoting human speech activities. The research was held on a 30 years old woman with a mixed aphasia after a brain injury. The aim of this thesis is to introduce and elaborate the diagnosis and therapy of the patient with a mixed aphasia with a dominance of a motoric aphasia and to indicate the areas that should be taken into a speech therapy. The programme of a therapy assumed the progress in a quantity and quality aspects of speech (through improvement inter alia praxia, verbal activity, articulation, words fluency, memory). The meetings were held two times a week for 30 minutes during ten months. The therapy redounded to the improvement of sentence creation fluency and conferring them a right grammatical form. The patient is more verbal active, the articulation is closer to the standard, the memory is better. Using of the right methods and tools of work in a case of a patient with a mixed aphasia brought the expected effects. What should be done is work with a patient from the very beginning after disorder appearing. It is important to take care of a mental condition which is extremely important in speech level improvement.

Key words: aphasia, speech disorder, speech therapy diagnosis, speech therapy.

WSTĘP

Afazja jest nabytym zaburzeniem lub utratą zdolności językowego porozumiewania się w następstwie różnego rodzaju organicznych uszkodzeń strategicznego dla mowy obszaru mózgu [1]. Afazja nie jest wyłącznie następstwem udarów, ale może wystąpić na skutek guzów mózgu czy urazów czaszkowo-mózgowych [2].

PRZYCZYNY POWSTAWANIA URAZÓW GŁOWY

Termin uraz głowy stosuje się często zamiennie z urazowym uszkodzeniem mózgu, oznaczającym nie tylko urazy mózgowia, ale obrażenia skóry głowy, czaszki, żuchwy oraz narządów zmysłu wzroku, węchu i słuchu [3]. Uszkodzenia te najczęściej są skutkiem wypadków komunikacyjnych i przemysłowych, ale liczną grupę stanowią także urazy powstałe w warunkach domowych czy związane z rekreacją [4]. Biorąc pod uwagę mechanizm uszkodzeń mózgu, urazy głowy można podzielić na uszkodzenia pierwotne i wtórne. Pierwsze z nich powstają w chwili urazu, natomiast drugie są wynikiem dalszego procesu rozwoju uszkodzenia pierwotnego. W wyniku urazu głowy może dojść do ogniskowego/wielogniskowego uszkodzenia mózgu, co może stanowić bezpośrednie zagrożenie życia pacjenta. Według Pąchalskiej afazja pourazowa jest nieuleczalna w sytuacji zaniedbania jej przez dłuższy czas [5].

Do afatycznych objawów należą: anomia (trudności w nazywaniu), zaburzenia fluencji słownej, zaburzenia artykulacji, agramatyzmy (tzw. styl telegraficzny wypowiedzi), paragramatyzmy (błędy w składni i morfologii), parafazje (zniekształcenia wzorca słowa), peryfrazy (opisywanie desygnatu z powodu trudności z nazywaniem), zaburzenia powtarzania, prozodii oraz rozumienia wypowiedzi językowych [6].

ZABURZENIA ZWIĄZANE Z AFAZJĄ

Do zaburzeń integralnie związanych z zespołem afazji należą: agrafia (zaburzenia języka pisanego, wynikające z zaburzeń aspektu motorycznego, wzrokowo-przestrzennego czynności lub z deficytu językowego), aleksja (zaburzenia czytania), akalkulia (zaburzenia wykonywania operacji na liczbach, niewynikające z zaburzeń funkcji poznawczych).

Wśród zaburzeń poznawczych mogących współwystępować w afazji, ale nienależących integralnie do zespołu afazji, wymieniane są: agnozja (zaburzenie spostrzegania; niemożność identyfikacji złożonego materiału bodźcowego, jak wzrokowego, dotykowego lub słuchowego pomimo zachowanych zdolności językowych i ogólnych sprawności intelektualnych), apraksja (zaburzenie kognitywno-ruchowe, które doprowadza do utraty albo zakłócenia programowania i realizowania celowych, wyćwiczonych aktów ruchowych, przy prawidłowych odruchach, napięciu, sile i koordynacji mięśni oraz zachowanym czuciu), zaburzenia uwagi, myślenia, pamięci oraz zaburzenia funkcji wykonawczych (regulują skuteczne, świadome, celowe zachowanie i są podstawą inicjowania, planowania oraz regulacji) [1].

CEL PRACY

Celem pracy jest opis diagnostyki i terapii logopedycznej oraz wskazanie obszarów, które należy objąć terapią logopedyczną u kobiety z afazją mieszaną z przewagą afazji motorycznej po urazie czaszkowo-mózgowym.

OPIS PRZYPADKU

30-letnia kobieta, 2 miesiące po uderzeniu w głowę tępym przedmiotem, po stronie lewej, zgłosiła się do poradni logopedycznej. Badana uskarżała się na niewyraźną artykulację, lęk

przed mówieniem, brak czucia ułożenia narządów artykulacyjnych. W badaniu diagnostycznym wykorzystano Skalę Oceny Dynamiki Afazji – SODA, Zestaw prób do badania procesów poznawczych W. Łuckiego oraz Metody badania afazji J. Szumskiej. Procedurę diagnostyczną przeprowadzono zgodnie z zaleceniami zawartymi w „Standardach postępowania logopedycznego w przypadku afazji” J. Panasiuk.

OBSERWACJE Z BADANIA

Na podstawie wyników badania postawiono diagnozę – afazja mieszana z przewagą ruchowej (afazja sensoryczna niewielkiego stopnia). Defektem podstawowym jest zaburzenie syntezy sekwencyjnej – płynności i automatyzacji ruchów artykulacyjnych.

Pacjentka wykonuje większość poleceń, czasem również złożonych. Poprawnie wskazuje większość przedmiotów, dopasowuje zdania do ilustracji. Badana buduje proste zdania, mowa jest jednak zubożona, zaburzona artykulacyjnie, występują parafazy i agramatyzmy, nieznaczną anomia, obniżona fluencja słowna, obniżony nastrój. Czytanie globalne jest częściowo zachowane. Pacjentka przejawia trudności w nazywaniu cyfr i liczb. Orientacja auto- i allopsychiczna – zachowana. Lateralizacja prawostronna – ustalona.

PROGRAM TERAPII

Program terapii zakładał poprawę jakościowych i ilościowych aspektów mowy (przez poprawę m.in. praktyki, aktywności werbalnej, artykulacji, fluencji słownej, pamięci). Spotkania odbywały się 2 razy w tygodniu po 30 minut. Szczególny nacisk w pierwszym etapie kładziono na usprawnianie narządu artykulacyjnego, ćwiczenia oddechowe i rozchamowujące mowę.

Każde spotkanie rozpoczynały ćwiczenia z zakresu spostrzegania, różnicowania, myślenia, uwagi. Zadania te miały na celu poprawę samopoczucia pacjentki, wzmocnienia wiary w własne możliwości, zwiększenie poczucia własnej wartości.

Praca nad rozchamowaniem mowy odbywała się przy wykorzystaniu tzw. mowy emocjonalnej (rozmowy dotyczące tematów emocjonalnie ważnych dla pacjentki).

Koniecznym elementem terapii były ćwiczenia rekonstrukcji wzorców artykulacyjnych na podstawie analizatora wzrokowego i słuchowego, ćwiczona była również prozodia mowy na początku z użyciem krótkich tekstów, z czasem – dłuższego dialogu.

Usprawnienie aparatu artykulacyjnego i kinestezji artykulacyjnej realizowane było przez ćwiczenia języka (kontrolowane wysuwanie i chowanie języka w jamie ustnej, obлизywanie górnej wargi, klaskanie, ćwiczenia pionizujące, unoszenie i opuszczanie języka), warg (naprzemienne zaciskanie i otwieranie, parskanie, cmokanie, układanie warg w ryjek i uśmiech), podniebienia miękkiego (głębokie oddychanie: wdech przez nos, wydech przez usta, energiczne wymawianie sylab z głoskami

tylnojęzykowymi przy otwartej buzi, chrapanie na wydechu, przenoszenie skrawków papieru za pomocą słomki).

Z czasem wprowadzono ćwiczenia w kojarzeniu cyfry z jej graficznym odpowiednikiem, aktualizację nazw, w których pojawiały się parafazy głoskowe, trening czytania słów, zdań, dłuższych tekstów, ćwiczenia w różnicowaniu słuchowym sylab opozycyjnych.

W zakresie usprawniania aparatu artykulacyjnego wprowadzono masaż mięśni mimicznych twarzy, podniebienia i języka.

Ćwiczenia oddechowe i relaksacyjne miały na celu zmniejszenie napięcia psychicznego pacjentki, uspokojenie, realizowane były przez wyrównanie oddechu fizjologicznego, pogłębianie fazy wdechowej, wydłużanie fazy wydechowej oraz ćwiczenia ustawienia prawidłowego toru oddechowego: żebrowo-brzusznego.

Ćwiczenia przeprowadzano w pozycji leżącej na plecach z zastosowaniem niewielkiego ciężaru umieszczonego na nadbrzuszu (woreczka z piaskiem lub dużej książki). Podczas głębokiego wdechu pacjent powinien unosić ku górze woreczek, wydech wykonuje przez usta.

PODSUMOWANIE TERAPII

Przez zastosowane ćwiczenia nastąpiła wyraźna poprawa w zakresie oddychania – pacjentka oddycha przez nos, pogłębiła się faza wdechowa, wydłużyła się faza wydechowa, oddycha torem żebrowo-brzusznym. Przez zastosowanie masażu podniebienia, języka, gardła oraz mięśni mimicznych twarzy poprawiła się ruchomość artykulatorów. Pacjentka wykonując ćwiczenia usprawniające narządy artykulacyjne, nie potrzebuje już wsparcia wzrokowego.

Terapia przyczyniła się do poprawy tworzenia budowy zdań i nadawania im odpowiedniej formy gramatycznej. Zauważa się duże postępy w zakresie jakości pisma. Pacjentka nie ma obecnie trudności z podpisaniem się, potrafi nazwać litery i sylaby, różnicuje głoski drogą słuchową. Mowa narracyjna jest bardziej rozwinięta, z zachowaną właściwą prozodią. Bariera językowa jest coraz mniejsza, co zapewne pomoże powrócić pacjentce do dawnej aktywności. Jednak osiągnięcie pełnej sprawności językowej wymaga dalszej terapii.

WNIOSKI

1. Czas na podjęcie działań terapeutycznych jest niezmiernie ważny. Im szybciej podejmie się działania terapeutyczne, tym większa szansa na odzyskanie utraconych funkcji.
2. Właściwie przeprowadzona diagnostyka i następnie terapia pozwala na odbudowę systemu językowego.
3. W pracy z chorym nie należy zapominać o rehabilitacji społecznej. Nierzadko należy współpracować z psychologiem.

Źródło finansowania: Praca sfinansowana ze środków własnych autorek.

Konflikt interesów: Autorki nie zgłaszają konfliktu interesów.

BIBLIOGRAFIA

1. Seniów J. Afazja – krótka charakterystyka objawów i terapii. Dostępny na URL: <http://afasystem.info.pl/index.php?route=page-&id=5> (cyt. 10.10.2017).
2. Ardila A. *Aphasia handbook*. Miami (FL): Florida International University; 2014: 38.
3. Kulesza B, Litak J, Grochowski C, i wsp. Urazowe uszkodzenie mózgu. *Journal of Education, Health and Sport* 2016; 6(12): 215–221,

doi: <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.197104>.

4. Kaczmarczyk R, Kaczmarczyk R. Urazy czaszkowo-mózgowe. *Med Rodz* 2001; 3–4: 121–125.
5. Pąchalska M. *Afazjologia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2012: 25.
6. Rosińczuk J, Błaż-Biernacka E, Kazimierska-Zajęc M. Rodzaje zaburzeń procesów poznawczych u pacjentów z poudarowymi uszkodzeniami mózgu. *Forum Logopedyczne* 2014; 22: 14–19.

Adres do korespondencji:

Prof. dr hab. Joanna Rosińczuk
Zakład Chorób Układu Nerwowego
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny
ul. Barta 5
51-618 Wrocław
Tel.: 505 072 255
E-mail: joanna.rosinczuk@umed.wroc.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 25.09.2017 r.

Po recenzji: 29.09.2017 r.

Zaakceptowano do druku: 05.10.2017 r.