

Adrianna Urban

Uniwersytet Przyrodniczo-Humanistyczny w Siedlcach, Wydział Nauk Humanistycznych

ORCID: 0000-0002-1715-0262 | e-mail: adrianna.urban@uph.edu.pl

Analiza wybranych sprawności językowych jako wskaźnik funkcjonowania poznawczego u osoby z afazją akustyczno-mnestyczną

DOI: 10.34739/clg.2021.13.07

Wstęp

W artykule omówiono, w jaki sposób badanie i analiza wybranych sprawności językowych oraz struktury i spójności dialogu przez osobę dotkniętą uszkodzeniem półkuli dominującej dla mowy może stanowić wskaźnik funkcjonowania poznawczego człowieka dotkniętego zaburzeniem. Analiza wybranych sprawności językowych oraz interakcji osoby po przebytych udarze mózgu pozwalała na dostrzeżenie zmienności objawów afatycznych oraz daje możliwość zaprogramowania zindywidualizowanej terapii logopedycznej. Artykuł stanowi prezentację wybranych prób analiz dialogów przeprowadzonych w ciągu kilkunastu miesięcy terapii logopedycznej osoby po przebytych udarze niedokrwiennym lewej półkuli mózgu. Wiedza na temat istoty języka i jego uwarunkowań socjologicznych, ukazała, jak istotne jest badanie umiejętności budowania tekstów dialogowych przy uszkodzeniu półkuli dominującej dla mowy¹. Mając na uwadze, iż dialog jest najważniejszą formą ludzkiej aktywności językowej (Grabias 2013: 66), jego dokładna analiza struktury i spójności pozwala na określenie wielu interesujących zjawisk, które mogą zostać niezauważone podczas badań testowych, a także mogą dostarczyć terapeutom wiedzy na temat umysłowego funkcjonowania jednostki. Ocena możliwości interakcyjnych w tym

¹ Zob. badania J. Panasiuk o roli interakcji w terapii zaburzeń mowy u osób z uszkodzeniami neurologicznymi (2013).

przypadku ukazała różnorodność, nakładające się na siebie trudności, które stworzyły bardzo zindywidualizowany obraz patologii mowy.

Afazja – wyjaśnienie terminu

W logopedii afazja rozumiana jest jako odrębna jednostka chorobowa, zaś w naukach medycznych przedstawiana jest jako objaw uszkodzeń neurologicznych. W literaturze poświęcono dotychczas wiele miejsca afatycznym zaburzeniom mowy oraz przedstawiono sposoby diagnozy i terapii tego zaburzenia. Jednak różnorodność czynników wpływających na to, iż nierzadko specjaliści mają do czynienia z indywidualnym obrazem patologii mowy, często odbiegającym od tych, które prezentowane są w klasyfikacjach (m.in. C. Wernicke, Lichtheim, Geshwild, Weisburg i Mc Bride, R. Jacobson, B. Kaczmarek, M. Pąchalska). Ta mnogość wyodrębniania i klasyfikowania zaburzeń afatycznych wynika z różnych koncepcji teoretycznych odnoszących się do lokalizacji funkcji psychicznych w mózgu². Afazja jest wynikiem organicznego uszkodzenia odpowiednich struktur mózgowych odpowiedzialnych za tworzenie i rozumienie wypowiedzi, zlokalizowanych w półkuli dominującej. Trwałe zmiany w obrębie owych struktur mózgowych prowadzą do rozpadu kompetencji językowych i komunikacyjnych u człowieka, który uprzednio opanował te czynności. Zaburzenia afatyczne mogą ujawniać się pod postacią trudności w realizacji lub/i rozumieniu wypowiedzi bądź prowadzić do całkowitego zaburzenia mechanizmów programujących czynności mowy (Maruszewski 1966: 98). Zdaniem J. Panasiuk definicja M. Maruszewskiego najlepiej oddaje istotę afazji, rozumianej jako osobna jednostka zaburzenia mowy. Różnorodność stanowisk dotyczących zjawiska afazji pokazuje, jak skomplikowana i nadal nie zbadana jest relacja czynności mózgu z procesami językowymi.

Pojęcie afazji akustyczno-mnestycznej

Afazja akustyczno-mnestyczna została wyróżniona w klasyfikacji A.R. Łurii (1967: 78). Neuropsycholog już w nazwie wskazał, iż są to zaburzenia mnestyczne odnoszące się do pamięci. Z racji lokalizacji

² M. Pąchalska wymienia kilkadziesiąt podziałów tego zjawiska. Przyjęcie koncepcji wąskolokalizacyjnej wiąże się z rozróżnianiem różnych rodzajów afazji, natomiast koncepcja antylokalizacyjna ujmuje afazję jako zjawisko jednolite, natomiast A. Herzyk wyodrębnia dwa nurty klasyfikowania afazji (nurt kliniczno-psychologiczny i neurolingwistyczny).

uszkodzenia afazja akustyczno-mnestyczna umieszczana jest w grupie zaburzeń sensorycznych, choć w przypadku tego rodzaju zaburzenia zauważa się częściową zdolność rozumienia (Łuria 1967: 112). Badacz uważał, że jest to zaburzenie powstałe w strategicznym miejscu w strukturach skroniowych. Mieszczą się tam bowiem rozwinięte warstwy kojarzeniowe komórek, które odpowiadają za rozprzestrzenianie się pobudeń potrzebnych dla współdziałania obu analizatorów – wzrokowego i słuchowego. Uszkodzenie tych struktur nie powoduje uszkodzeń słuchu fonematycznego (jak w przypadku afazji akustyczno-gnostycznej). Pacjenci nie mają problemów z czytaniem i pisanem, a mowa opowieściowa jest znacznie mniej zaburzona niż w afazji sensorycznej. Trudności natomiast przejawiają się w zapamiętywaniu dłuższych ciągów werbalnych oraz ich rozumieniu i powtarzaniu. Jak wskazuje badacz, chory potrafi powtórzyć jedno słowo, lecz wypowiedanie większej ilości wyrazów sprawia ma znaczny problem. Przy łagodnych objawach zaburzenia udaje się powtórzyć ciąg wyrazów, jednak problem wynika z trudności w zapamiętaniu ich kolejności (Łuria 1970: 113). Pacjent z afazją akustyczno-mnestyczną nie jest często świadomy popełnianych przez siebie błędów. Chory ma problem z powtarzaniem zdań złożonych, odtwarzając je w nieuszeregowanym ciągu, często powtarzającym się i o zniekształconym sensie. Rozumienie nie jest znacznie zaburzone, lecz poproszenie o powtórzenie kilka wyrazów w danej kolejności sprawia nie lada problem i wprowadza chorego w zakłopotanie, dobrze powtarzając, pokazuje niewłaściwy przedmiot bądź jest w stanie wskazać pierwszy wyraz, a resztę zapomina lub nie rozumie. Przyczyną takiego stanu rzeczy jest niewłaściwie funkcjonujący układ wzrokowo-słuchowy w korze. Bywają przypadki, w których pacjenci radzą sobie z nazwaniem jednego przedmiotu, a całkowicie nie radzą sobie z eksponowaniem trzech desygnatów. Następuje wtedy charakterystyczny proces polegający na tym, że pierwsza nazwa hamuje ślady następnych, przez co podanie nazwy kolejnych desygnatów staje się niemożliwe (Łuria 1967: 153–156).

Według Łuriowskiej koncepcji dynamicznego łańcucha mowy w afazji akustyczno-mnestycznej ogniwem uszkodzonym jest słuchowa pamięć słowna, która odpowiada za utrzymywanie w pamięci śladów usłyszanych słów. Przejawia się to trudnościami w aktualizacji nazw, trudnością jest rozumienie dłuższych wypowiedzi oraz ich powtarzanie, a także mówienie w związku z niemożnością utrzymania w pamięci poszczególnych elementów wypowiedzi. W mowie pacjenta charakterystyczne są neologizmy – chory

aktualizuje słowa podobne brzmieniowo (paronimy) lub znaczeniowo (metonimy) do nazwy właściwej (Panasiuk 2012a: 77). Występują również agramatyzmy słuchowe, parafazje werbalne i kontaminacje.

Charakterystyka kliniczna badanej osoby

Kobieta 69 lat, w grudniu 2014 roku zaczęła w ciągu dnia obserwować niepokojące zmiany, a wraz z nimi narastające trudności w komunikacji, rozumieniu poleceń oraz mówieniu, a także znaczne pogorszenie sprawności prawej ręki, zaburzenia równowagi oraz zaburzenia czucia w obrębie prawej strony. Z powodu utrzymujących się od ponad doby afatycznych zaburzeń mowy oraz pogorszenia sprawności prawych kończyn kobieta została skierowana na oddział. Po ogólnej ocenie stanu zdrowia pacjentki zdecydowano o przeprowadzeniu badania TK głowy bez kontrastu, które wykazało: *zmiany niedokrwienne na styku skroniowo-czołowo-ciemiennym*. W trakcie ponad miesięcznej hospitalizacji sprawności językowe uległy poprawie, jednak w dalszym ciągu obecne były parafazje werbalne, semantyczne, perseweracje, a także zaburzona została zdolność powtarzania i słuchowa pamięć werbalna. Zaobserwowano trudności w zakresie czytania i pisania. Jednak pojawiły się pierwsze od czasu incydentu neurologicznego opisy funkcjonalne i porównania. Deficyty uwidaczniały się zarówno w ekspresji języka mówionego, podczas czytania i pisania. Co istotne, zmieniono postawione uprzednio rozpoznanie logopedyczne. Diagnoza postawiona tuż po przyjęciu na oddział wskazywała na *afazje mieszane*. Jednak podsumowanie dotychczasowej terapii logopedycznej wykazało afazję motoryczną z cechami mnesticznej.

Analiza wybranych sprawności językowych

Sprawność dialogowa

Badana miała odpowiadać na zadawane jej kolejno pytania.

- Jaki dzisiaj mamy dzień?
- *Jedenasty / li.. ten // sierpień i jest... jedenasty... sobo... nie. Wto-rek.*
- Tak, a od jak dawna Pani choruje?
- *Od ubiegłego roku, w grudniu do // yyy... lis... w grudniu. Dwunastee... nie, przepraszam to będzie jedenasty, dwu / trzynastego to chyba tak.*
- A co Pani teraz najbardziej dolega? Już po sanatorium, po tej drodze, bo już pewien czas minął...

- Dolega // Tak, to znaczy... jak wiem, coś takiego. To znaczy nie jest tak jeszcze, nie jest tak jeszcze... nie... mam chorobę. Cukrzycowa jest, to ciśnienie skacze // no, noo... no i jeszcze nie jest tak jak trzeba z chodzeniem.*
- Na czym polegają Pani trudności w mowie? Jak Pani sądzi?*
- To znaczy... yyy... ja // chcę co innego powiedzieć, a tu nie mogę powiedzieć tak jak powinnam powiedzieć. Nie mogę. Co, co innego już mam co powiedzieć / ...ii... i tak jest mi głupio czasami bo nie wiadomo jak zrobić. Muszę czasami tak w ostatniej chleb... w inne // w innej formie coś powiedzieć, to nie zawsze mi wychodzi żeby się udało.*
- Przed chorobą chętniej używała Pani ręki prawej czy lewej?*
- Bardziej chyba // prowej / prawej, tak. Chociaż czasami, czasami pamiętam jak // to też jakoś tak było, yyy... kanapki czy coś robiło się to jadłam, naa... tu... boo... koda... // szkoda by mi było minuty jak to się mówi... bo... yymm... robiłam // jak to się mówi noo..., chce powiedzieć // wytłumaczyć too... że czasami właśnie tą drugą ręką też coś robiłam bo tu pisałam i jadłam żeby czas / yhm.*

Rozumienie i tworzenie przeciwieństw

Pacjentka do następujących nazw miała za zadanie podać ich przeciwieństwa:

- jasny – ciemny
- ładny – brzydki
- pusty – szeroki, ym... ten pełny
- ciekawy – wy...jaki? To jak pwoedzieć, smutny, nie! Jak to powiedzieć, zaraz, jak, jak? wesoły... Film... nie wesoły, nie ciekawy
- wąski – szeroki

Interpretacja: Badana poradziła sobie z wykonaniem tego zadania, tworzenie przeciwieństw nie jest dla niej dużą trudnością, mimo długiego czasu namysłu nie zrezygnowała i podawała przeciwstawne nazwy.

Rozumienie znaczeń metaforycznych we frazeologizmach i przysłowia

Pacjentka miała za zadanie wybrać spośród trzech zapisanych oraz usłyszanych wariantów wybrać ten, który najlepiej interpretuje znaczenie frazeologizmu. Było to trudne zadanie, ponieważ wymagało od badanej myślenia abstrakcyjnego.

Spośród następujących odpowiedzi badana dokonywała wyboru, podkreślone zdanie pokazuje dobór badanej.

Złota rączka:

Człowiek bardzo bogaty.

Człowiek umiejący wszystko zrobić.

Człowiek, którego praca jest bardzo droga.

Ostry język:

Człowiek, który bardzo dużo mówi.

Człowiek bardzo złośliwy.

Człowiek bardzo wulgarny.

Gołębie serce:

Człowiek bardzo dobry.

Człowiek bardzo słaby.

Człowiek o małym sercu.

Słomiany ogień:

Człowiek bezwzględny.

Człowiek bardzo gwałtowny i niestały w swym postępowaniu.

Człowiek podejmujący przemyślane decyzje.

Niedaleko pada jabłko od jabłoni:

W ogrodzie jabłka leżą zwykle w pobliżu jabłonek.

Dzieci są zwykle podobne do rodziców.

Owoce zbiera się zwykle w ogrodzie.

Nie wszystko złoto, co się świeci:

Nie należy oceniać tylko według cech zewnętrznych.

Nie tylko złoto ma duży połysk.

Nie ma sensu gromadzić wszystkich świejących przedmiotów.

Ziarnko do ziarnka, a zbierze się miarka:

Cierpliwą pracą można dojść do bogactwa.

Po jednym ziarnku można nazbierać cały worek.

Miarką ziarnka można nakarmić wszystkie kury we wsi.

Na pochyłe drzewo wszystkie kozy skaczą:

Pochyłe drzewo nie oprze się sile wiatru.

Kozy obskubują liście z pochyłego drzewa.

Na słabego wałą się nieszczęścia.

Interpretacja: Powyższa próba została wykonana bezbłędnie. Pomoc w postaci możliwości odczytywania tekstu znacznie ułatwiła jego zrozumienie, choć wymagała myślenia abstrakcyjnego. Zadanie polegało na wyborze metafory spośród dystraktorów zawierających parafrazę znaczenia. Metafory konwencjonalne, z którymi badana spotkała się najprawdopodobniej wcześniej i używała ich w życiu nie były trudne do wyjaśnienia. Poprawnie wykonane zadanie przez pacjentkę jest dość zdumiewającym faktem, ponieważ analizy wcześniejszych prób wykazały znaczne trudności z zapamiętywaniem, mimo przedstawionych ilustracji, nazw. Warto również dodać, iż rozumienie metafor „wymaga nie tylko zdolności rozumienia warstwy językowej, wycucia metaforyczności tej klasy tekstów i znajomości reguł pragmatycznych, ale także prawidłowego współdziałania mechanizmów poznawczych, m.in. reguł abstrahowania, wnioskowania” (D. Kordys i in. 2000: 191–203). Badana podczas prezentowania słownego danej metafory próbowała skończyć zdanie wraz z badającą, co świadczy, że były to metafory znane badanej. Fakt ten skłania do myślenia o tym, w jaki sposób badana była w stanie zrealizować zadanie, bowiem rozumienie metafor wymaga wnioskowania przez analogię oraz zdolności wychodzenia poza linearny sens wypowiedzi. Podczas badania i prezentowania wariantów odpowiedzi badana została poproszona o wyjaśnienie, aby upewnić się, iż jej wybór nie jest przypadkowy. Jeśli nawet z powodów trudności z powtarzaniem nie była w stanie poprawnie powtórzyć, starała się wyjaśnić prawidłowy wybór. Zadanie polegało na przywołaniu znaczenia metaforycznego, które wymaga największego zaangażowania procesów świadomego przeszukiwania pamięci, w momencie wybrania odpowiedniego wariantu z kilku proponowanych odpowiedzi. Jak wskazują badania E. Łojek (2007: 54) problem z przetwarzaniem figuratywnych treści mają osoby z uszkodzeniem prawej półkuli mózgu, co wiąże się z odbiorem danego tekstu zawierającego metaforę w sposób linearny i pozbawiony myślenia abstrakcyjnego. Przykład badanej osoby, która doznała uszkodzeń w okolicy lewej półkuli mózgu może być poświadczeniem tej tezy. Jednak od samego początku badania pacjentka wykazała się znajomością prezentowanych przysłów, wskazuje to na ich używanie w życiu codziennym przez badaną. Dlatego chora poradziła sobie z wykonaniem tej próby. Frazelogizmy towarzyszyły jej w potocznej odmianie języka, czyli badana korzystała z nich w sposób konkretny. Zatem metafory stały się dla niej stereotypami językowymi, a jak wskazuje J. Panasiuk takie zastosowanie metafor nie

wymaga analiz metalingwistycznych, lecz przywołuje stereotypowe znaczenia, które są używane w konkretnych sytuacjach, dlatego „interpretacja nie wymaga już odwoływania się do metajęzykowych procesów leżących u ich podłoża” (Panasiuk 2013: 620).

Rozpoznawanie nonsensów na materiale obrazkowym

Pacjentka miała za zadanie ocenić, czy prezentowane ilustracje są sensowne i logiczne.

Po prezentacji pierwszej ilustracji badana skomentowała ją w następujący sposób: *Nie to śmieszne, tak, tak śmieszne*. Trafnie zauważyła, że niemożliwym jest, by zając gonił psa. To zadanie nie przysporzyło badanej żadnych problemów. Obrazek ją rozśmieszył.

Kolejna ilustracja przedstawiała mężczyznę, który obcina gałąź na której siedzi, mimo iż komentarz nie był długi badana od razu zauważyła nonsens. Powiedziała: *Spadnie*.

Ostatnim rysunkiem, który przedstawiłam badanej był but stojący na biurku. Ta próba okazała się mniej oczywista niż wcześniejsze, pacjentka potrzebowała chwili do namysłu, jednak przyglądając się całej fotografii zauważyła pewną nielogiczność, a jej komentarz był następujący: *Jedno z drugim nie może być, co innego siedzi się, aaa nie, nie*.

To zadanie pozwoliło sprawdzić, jak badana postrzega nonsensy i czy jest w stanie zauważać pewną nielogiczność. Okazało się, że mimo trudności w nazywaniu oraz zapamiętywaniu badana bez problemu wychwyciła nonsensy obrazkowe. Argumentacja pod względem ilościowym nie była duża jednak pacjentka wyjaśniła absurd, jaki był zauważalny na obrazkach. Nie ma zatem problemów z rozumieniem humoru, co potwierdzają badania naukowe. Badacze zauważają, że problem z rozumieniem metafor, zaburzenia rozumienia humoru występują częściej przy uszkodzeniach prawej półkuli mózgu.

Kolejna z prób miała za zadanie sprawdzić, czy chora zauważa spośród grupy ilustracji jeden niepasujący do pozostałych, i potrafi argumentować swoją decyzję. Do tego badania posłużono się pięcioma zestawami ilustracji, w których jeden zawsze nie pasował do reszty (tabela 1).

Tabela 1. Klasyfikowanie przedmiotów

Ilustracje	Realizacja prawidłowa	Uwagi	Realizacja nieprawidłowa	Uwagi
Różne zegary i moneta	+	<i>Pieniądz i zegarek nie pasuje do reszty. Pieniądz to coś innego.</i>		
Okulary, zegarek, waga, termometr	+	<i>Zegarek i oczy. To nie bardzo, nie gra ze sobą, zaraz waga, prawda do zegarka, ni do oczy, a to jest termometr do zegarka też nie pasuje, tak.</i>		
Pióro, samochód, ołówek, maszyna do pisania	+	<i>To wiadome, to pierze, to dobre, to dobre, a do pisania, nie zegare, masz... jak to się nazywa, tego nie wolno, jak się nazywa – pokazuje na samochód.</i>		

Źródło: opracowanie własne

Czytanie

Ostatnia z prób dotyczyła czytania tekstów. Poniżej zaprezentowano tekst w oryginale oraz jego realizację przez chorą.

[1] Pijakowi śniło się, że trzyma w ręku dzban nieogrzanego wina. Już chciał kazać je ogrzać, kiedy nagle się obudził. „Trzeba je było wypić na zimno” – pomyślał z żalem.

Realizacja:

Pija... // pijakowi śniło się, że trzyma w ręku dzbanek, nie... nie... nie... niego żaa... nie ozanego... // pi...pi... pi...wina, że lekko... już chciał trzymać iii... zaraz, już trzymał za koza, za, za, za koza, za, za, nie mogę tego, zaka, nie! Kazać jeszcze ogrzać kiedy, za, za, gdy nagle obudził trzeba je było je pić na zimno, pomyślane je z żalem.

[2] Klient przyniósł do krawca materiał, żeby mu uszył ubranie. Krawiec zmierzył materiał, ale nie chciał krajać. Zniecierpliwiony klient powiedział: „Przeć się widzisz, że starczy”. „No tak, ale tu jest tak mało materiału, że jak starczy dla ciebie, to nie starczy dla mnie, a jak starczy dla mnie, to dla ciebie nic nie zostanie.”

Realizacja:

Klient... kli... nie, li, klinet, klient tżregał przez spreż, // sprzed, ż-... // szy..., klient sprzy, // do krawca materac, materiac, materiał, który mu że mu uszyje ubranie. Krawiec trzymał, trzymał... ta... dwa... materiał który nie chciał, nie mógł kruć, spraw, sprawa, jak jak to? Sprzed Dy pro do, zanieś pier, pier, klient trzymał i powiedział przecież je... Spa, starczy to także ooo, że ja jeszcze mam, mam, taaaa, ta mało ma materiału który ze stary, stasz, ze jest sta, starszy dla ciebie na jeszcze starszy może masz i nasz starszy sma, zaraz! // A jak starszy dla mnie i dla ciebie i nie, nie nie nic nie zostanie.

Interpretacja: Chora wykazuje zaburzenia wzrokowo-przestrzenne, które wpływają na umiejętność czytania. Prócz zniekształceń zapisanych słów badana w wielu partiach czytanego tekstu nie rozumiała sensu, stąd liczne dopowiedzenia, oraz miała problem z tworzeniem nowych opowiadań; dodawanie partii słów – jednak nie były one łączone w zrozumiałe wyrażenia. Badana tworzyła nowe słowa oraz używała poprawnych słów w nieadekwatny sposób. Głośnemu czytaniu towarzyszyło przedstawianie liter, sylab oraz części wyrazów, przeskakiwanie, pauzy oraz powtarzanie wcześniej przeczytanej sylaby, opuszczanie części wyrazów, mylenie liter, agramtyzmy słuchowe, metatezy, embolofrazje.

Pamięć

Pacjentka po zaprezentowaniu obiektów na planszy po trzydziestu sekundach miała wymienić co zapamiętała. Badana poprosiła o podanie dokładnej nazwy każdego z prezentowanych przedmiotów, po czym dokładnie powtarzała każdą z nazw.

Pierwsza plansza prezentowała zegar, okulary, klucz i czapkę.

Realizacja:

To będzie tak, najpierw jest zegarek, potem, potem jest okulary, później jest...yyy... jak to się nazywa... yyy, klucz, klucz, a potem, potem czapka.

Druga plansza prezentowała fajkę, guzik, kłódkę, świeczkę i młotek.

Realizacja:

No tak, młotek, yhm... No tak, kot, nie! Teraz mi chyba będzie trudniej, będzie. // Pamiętam, że to jest tak... ym... kluczyk, guzik, falka, jest jeszcze był, jak to się nazywa, tam... nie wiem jak on się nazywa, przypominałam sobie, ymmm, ale nie wiem, fajka to była, była, taler, ten... // guzik, jeszcze wiem, dwie były tutaj o to były,

oo jak to się właśnie, świeczka właśnie była, jeszcze jedna była policja, jedna ta była jak ona się nazywa, nie wiem, nie pamiętam. A jak to było? Co to było?

Interpretacja: Jeśli problemy motoryczne związane byłyby jedynie z afazją motoryczną, musieliby wrócić do pierwszych refleksji na temat afazji sprzed kilku stuleci. Jak podkreśla Halina Mierzejewska „zaburzenia artykulacyjne mogą mieć charakter motoryczny lub sensoryczny” (Mierzejewska 1977: 178). W przypadku chorej zmiany niedokrwienne dotyczyły obszaru *skroniowo-czołowo-ciemieniowego*, zatem zaburzenie w jakimś stopniu dotyczy również okolicy czołowej, odpowiedzialnej za nadawanie wypowiedzi słownych. W związku z zaburzeniami słuchowej pamięci słownej badana ma problem z powtórzeniem, zachowanie w pamięci wcześniej usłyszanych słów, wpływa na nazywanie. Pacjentka ma świadomość, że zapomina nazwy prezentowanego chwile wcześniej przedmiotu, jest w stanie wskazać jego położenie na planszy, policzyć. Jest to dowodem na to, iż badana ma problem z pamięcią krótkotrwałą, wiedziała do czego służy prezentowany desygnat, lecz nie była w stanie go w pierwszej chwili nazwać, mimo iż wcześniej powtarzała jego nazwę. Inne ćwiczenia pamięci okazały się dla badanej łatwiejsze. Chętnie odpowiadała na pytania, podczas tej próby widoczny był mechanizm autokontroli własnych wypowiedzi, po wcześniejszych nieudanych próbach badana zaczęła odpowiadać krótko i rzeczowo.

Odtwarzanie struktury rytmicznej

Odtwarzanie struktury rytmicznej bez udziału kontroli słuchowej, zgodnie z zasadą stopniowania trudności okazało się początkowo łatwym zadaniem, jednak poszerzanie ilości dźwięków oraz kontrola ich wystukiwania w odpowiedniej kolejności stały się problemem. Im więcej napływającej informacji, podobnie jak we wcześniejszych zadaniach, tym większe problemy z jego realizacją. Brak kontroli wzrokowej prezentowanego przez badającego rytmu również przedstawił problemy wynikające z zaburzeń kontroli słuchowej.

Zjawisko pętli

W strukturze analizowanych wypowiedzi badanej zauważalne były powtórzenia zdań, całych wypowiedzi, które mogą być warunkowane

patologicznym przebiegiem procesów umysłowych³. Psychologia rozumie zagadnienie perseweracji jako: „powtórzenie (niewłaściwe, nieodpowiednie) lub kontynuacje wcześniejszej odpowiedzi, reakcji” (za: Domagała 2013: 338). Jak wskazują badacze, „brak elastyczności w zachowaniu, cechujące przypadki uszkodzenia mózgu dalej mają nie do końca poznaną przyczynę. Brak elastyczności jest wyraźny przy uszkodzeniach płatów czołowych oraz w przypadku uszkodzeń skroniowych i ciemieniowych mózgu” (za Kądziewska 1998: 111–155).

Badana często realizowała ten sam schemat, wracając do wygenerowanego przez jej umysł wątku stale prowadziła dyskurs argumentacyjny. Perseweracje pojawiają się już na poziomie makrostruktury tekstu – badana próbuje często powtarzać ten sam temat w rozmaitych kontekstach. Głównymi i stale powracającymi tematami są: rodzina, Bóg i jego obecność oraz pomoc w życiu codziennym. Podczas pierwszych prób badania interakcji zauważono stały schemat powracania do danych wątków, przez co wypowiedzi stawały się niespójne. Takie zachowania mogą świadczyć o występowaniu zjawiska pętli. Pacjentka powraca do podjętych uprzednio tematów wypowiedzi bądź powiela taki sam – narracyjno-opowieściowy schemat wyводу. Pojęcie pętli zostało zaproponowane zostało przez A. Domagałę (2013), która sięgając do zjawiska perseweracji oraz powtórzeń opisywanych przez lingwistów, rozpoznawała opisywane zjawisko w wypowiedziach osób z otępieniem typu alzheimerskiego. Obserwowana powtarzalność w zachowaniach językowych wiąże się z dezorganizacją tworzonych wypowiedzi. Jest uwarunkowana patologicznym mechanizmem odtwarzania wypowiedzi przez chorego, pojawiającym się na poziomie: mikrostruktury, makrostruktury oraz superstruktury tekstu. Zdaniem badaczki pętla może odnosić się do całych wypowiedzi, ich części oraz dłuższych fragmentów, które przekraczają granicę zdania. „Zarejestrowane zachowania pacjentów (...) stanowią o patologii mowy – tak funkcjonująca pętla nie jest paradygmatem spójnościowym” (Domagała 2013: 356).

Wnioski

Wypowiedziom badanej towarzyszyły: agramatyzmy myśli, trudności w aktualizacji poprawnej gramatycznie nazwy, metatezy, niemożność powtórzenia kilku wyrazów jednocześnie, neologizmy systemowe, paronimy,

³ Autorka na potrzeby niniejszego artykułu dodatkowo analizowała wypowiedzi z różnych etapów terapii. Szerszy opis tego zjawiska znajduje się w monografii A. Urban, *Struktura i język rozmowy w afazji akustyczno-mnestycznej*, Siedlce 2021.

metonimy, parafazy werbalne, trudności w aktualizacji nazwy, peryfrazy i wielomówność, niekiedy brak autokontroli własnych wypowiedzi (zwłaszcza dłuższych), redukcje grup spółgłoskowych, rewizje, szyk przestawny, pauzy, emobolofrazje, wtrącenia, powtarzanie fraz, pauzy namysłu, stosowanie metatekstowych formuł: „*Jak to się nazywało, oj taa...*”, trudności nominacyjne objawiające się problemem w przypominaniu i aktualizacji wyrazów, niemożność powtórzenia kilku słów jednocześnie, przeciąganie samogłosek, rewizje (kiedy badana ma kontrolę nad swoimi wypowiedziami). Obecne były również substytucje w zakresie głosek w opozycji dźwięczna/bezdźwięczna, szczelinowa/zwarto-szczelinowa. Przeprowadzenie badania MMSE (M.F. Folstein, S.E. Folstein, G. Fanjiang 2010) nie wykazało zaburzeń poznawczych z oznakami otępienia, natomiast badanie neurologopedyczne pozwoliło określić dokładny typ afazji. Ocena możliwości interakcyjnych pacjentki z afazją akustyczno-mnestyczną na podstawie analizy zebranego materiału wykazała, iż wypowiedzi pacjentki są bardzo zróżnicowane. Badania ukazały różnorodne, nakładające się na siebie trudności, które stworzyły bardzo zindywidualizowany obraz patologii mowy. Mimo iż badana jest w stanie reagować na dany komunikat, inicjować swoje wypowiedzi oraz realizować intencje tworzone teksty odbiegają od normy. Zazwyczaj są niezależne od poprzedzającego kontekstu, monologowe. W dialogach zauważalny jest stały schemat powtarzania kilku wątków. Nakładające się wątki w umyśle, które wynikają z bezpośrednich przeżyć badanej, prowadzą do braku elastyczności w zachowaniach interakcyjnych. Podczas wypowiedzi zmienia się ton podstawowy frazy. Istotne jest również to, iż tworzone przez badaną teksty różnią się w zależności od tego czy jest to rozmowa z pamięci, czy dialog na podstawie ilustracji, który narzuca niejako temat rozmowy⁴. Badana w niektórych przypadkach trzymała się głównej linii tematycznej, co świadczy o perseweracjach nieciągłych. Jednak odpowiadając na pytania, jej wypowiedzi były krótkie, lakoniczne. Pacjentka często sama inicjowała wymianę, a wraz z nią zmieniała temat rozmowy, nie zważając na wprowadzanie wyraźnej asymetrii wiedzy pomiędzy interlokutorami. Jej wypowiedzi często były niezależne od kontekstu poprzedzającego, narracyjne i nastawione na zrealizowanie określonego i dominującego w umyśle tematu.

⁴ Dokładna analiza dialogów znajduje się w monografii autorki pt. *Struktura i język rozmowy w afazji akustyczno-mnestycznej*, Siedlce 2021.

Według klasyfikacji A. Łurii (1976) zaburzenie słuchowej pamięci słownej jest defektem podstawowym w afazji akustyczno-mnesticznej. Taki deficyt wpływa na zmniejszenie się pułapu powtarzania, nazywania przedmiotów, czynności oraz prowadzi do niemożności zapamiętania i powoduje liczne parafazy werbalne, głoskowe, kontaminacje wyrazowe, omówienia, tworzenia licznych neologizmów i żargon-afazji. Zaburzone funkcje językowe wpływają na możliwość zapamiętania oraz wykonywania złożonych poleceń słownych. Badanie wykazało, iż zaburzony został schemat ciała i odtwarzanie dłuższych struktur rytmicznych, trudności z nazywaniem powoduje wyobcowanie znaczenia słowa, a zaburzone funkcje wpływają na znaczne zaburzenia czytania dłuższych tekstów oraz pisanie. Trudności z aktualizacją nazwy i agramatyzmy słuchowe mają wpływ na możliwości językowe i interakcyjne badanej. Dodatkowo zaburzenia w realizacji motorycznej zwłaszcza dłuższych wypowiedzi powodują problem komunikacyjny, jednak badana często nie zdawała sobie sprawy z popełnianych błędów. Jak wskazuje J. Panasiuk mowa należy do funkcji bardziej złożonych i przebiega przy współdziałaniu różnych ośrodków, tworzących dynamiczny układ funkcjonalny (Panasiuk 2013: 725). Zatem zaburzenie danego „ogniwa mowy” nie jest problemem izolowanym, lecz wpływa na funkcjonowanie całego systemu, „powoduje zespół zakłóceń w ich programowaniu i przebiegu, skutkując zaburzeniami mówienia i/lub rozumienia” (Panasiuk 2013: 725). Rozpoznanie typu afazji oraz dokładne zbadanie zachowań językowych pozwala opracować zindywidualizowany program terapii logopedycznej⁵. Terapia logopedyczna lub/i neurologopedyczna w afazji musi być skupiona na odbudowie harmonijnej relacji pomiędzy kompetencją a realizacją wypowiedzi językowej (Panasiuk 2012b: 618). Mając na uwadze, iż pacjent, mimo trudności z jakimi się boryka, nie może zostać zepchnięty na margines życia społecznego.

Literatura

- Bitniok M. (2007): *Dysfunkcje mózgu a komunikacja językowa*, Bielsko-Biała.
- Cwietkowska L.S. (1978): *Metody odbudowywania mowy w afazji*, Moskwa.
- Domagała A. (2013): *Pętla w wypowiedziach osób z otępieniem alzheimerowskim*, w: *Język, człowiek, społeczeństwo*, (red.) J. Panasiuk, T. Woźniak, Lublin.

⁵ Dokładnego opisu składającego się z dziesięciu etapów programu terapii zaburzeń mowy w afazji w korelacji z jej typami wyróżnionymi przez A. Łurię dokonała J. Panasiuk, w: *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego*, (red.) S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak.

- Grabias S. (1997): *Język w zachowaniach społecznych*, Lublin.
- Grabias S. (2010/2011): *Logopedia – nauka o biologicznych uwarunkowaniach języka i zachowań językowych*, „Logopedia” 39/40, Lublin.
- Grabias S. (2015): *Postępowanie logopedyczne. Standardy terapii*, w: *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego*, (red.) S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak, Lublin.
- Herzyk A. (1997): *Taksonomia afazji. Kryteria klasyfikacji i rodzaje zespołów zaburzeń*, „Audiofonologia”, t. X, Lublin, s. 83–101.
- Jodzio K. (2003): *Pamięć, mowa a mózg: podejście afazjologiczne*, Gdańsk.
- Kaczmarek B.L.J. (1993): *Płaty czołowe a język i zachowanie człowieka*, Lublin.
- Kądziaława D. (1998): *Zaburzenia językowe po uszkodzeniach struktur podkorowych mózgu*, w: *Związek mózg – zachowanie w ujęciu neuropsychologii klinicznej*, (red.) A. Herzyk, D. Kądziaława, Lublin.
- Kordys D., M. Kądziaława, K. Sadowska, H. Ulatowska, *Badanie sprawności językowo-poznawczych na materiale przysłów*, „Przegląd Psychologiczny” 2, 2000, t. 43, s. 191–203.
- Łojek E. (2007): *Bateria testów do badania funkcji językowych i komunikacyjnych prawej półkuli mózgu*, Warszawa.
- Łuria A.R. (1976): *Problemy neuropsychologii i neurolingwistyki*, Warszawa.
- Łuria A. (1967): *Zaburzenia wyższych czynności korowych wskutek ogniskowych uszkodzeń mózgu. Wprowadzenie do neuropsychologii*, Warszawa.
- Maruszewski M. (1966): *Afazja. Zagadnienia teorii i terapii*, Warszawa.
- Mierzejewska H. (1977): *Afatyczna dezintegracja fonetycznej postaci wyrazu*, Wrocław.
- Panasiuk J. (2007): *Interakcja a afazja*, w: *Język, interakcja, zaburzenia mowy. Metodologia badań*, (red.) T. Woźniak, A. Domagała, Lublin.
- Panasiuk J. (2012a): *Różnicowanie zaburzeń mowy po uszkodzeniach mózgu. Aplikacje diagnostyczno-terapeutyczne*, w: *Diagnoza różnicowa zaburzeń komunikacji językowej*, (red.) M. Michalik, A. Siudak, Z. Orłowska-Popek, Kraków.
- Panasiuk J. (2012b): *Afazja – typologia zaburzenia. Interpretacja z perspektywy interakcyjnej*, w: *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*, (red.) S. Grabias, M. Kurkowski, Lublin.
- Panasiuk J. (2013): *Afazja a interakcja. Tekst – metaTEKST – konTEKST*, Lublin.
- Panasiuk J. (2015): *Postępowanie logopedyczne w przypadku afazji*, w: *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego*, (red.) S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak, Lublin.
- Pąchalska M. (2011): *Afazjologia*, Warszawa.

Seniów J. (2009): *Proces zdrowienia chorych z afazją poudarową w kontekście współwystępujących nielingwistycznych dysfunkcji poznawczo-behawioralnych*, Warszawa.

Urban A. (2021): *Struktura i język rozmowy w afazji akustyczno-mnesticznej*, Siedlce.

Analysis of selected language skills as an indicator of cognitive functioning in a person with acoustic-mnestic aphasia

The article is a case report of the analysis of the selected language skills of a 69-year-old woman after brain infarction of the left hemisphere, as a result of which an auditory-mnestic aphasia occurred. The definition of a type of aphasia was possible due to a detailed evaluation of the lingual and mental capacities of the patient. The assessment of interactive capabilities demonstrated various difficulties that created an individualized character of speech pathology. Although the patient was able to respond to communication, initiate her own utterances, and execute intentions, her texts were uncommon. In most cases, patient texts did not correspond to the previous context. A constant pattern is visible in the analyzed conversations which can imply the presence of a loop.

Keywords: *auditory-mnestic aphasia, brain damage, language ability*

Słowa kluczowe: *afazja akustyczno-mnesticzna, uszkodzenia mózgu, zaburzenia sprawności językowych*