



LOGOPEDYCZNA PERSPEKTYWA

Magdalena Bury

KOMPETENCJA KOMUNIKACYJNA I SPRAWNOŚCI KOMUNIKACYJNE W AFAZJI MOTORYCZNO-DYNAMICZNEJ. STUDIUM PRZYPADKU

Streszczenie

W artykule przedstawiono ocenę kompetencji i sprawności komunikacyjnych pacjenta z afazją motoryczno-dynamiczną. Analizie poddano przypadek 33-letniego mężczyzny, który w wyniku wypadku komunikacyjnego doznał urazu czaszkowo-mózgowego. W diagnozie wykorzystano próby eksperymentalno-kliniczne do oceny sprawności społecznej, sytuacyjnej i pragmatycznej oraz wystandaryzowane narzędzie psychometryczne. Na podstawie badań wykazano współwystępowanie zespołu czołowego i subtelnych zaburzeń w realizacji kompetencji komunikacyjnej.

słowa kluczowe: diagnoza logopedyczna, afazja motoryczno-dynamiczna, kompetencja komunikacyjna, terapia logopedyczna

Communicative competence and communicative abilities in dynamic motor aphasia – case study

Summary

The article presents an attempt to interpret the communicative competence in dynamic motor aphasia. A case study of a 33-year old male, who suffered a traumatic brain injury as a result of a traffic accident, was analyzed. Logopedic diagnosis allowed to determine the existence of dynamic motor aphasia. The patient was tested with the use of the selected experimental clinical trials, which analyze the systemic social, situational, and pragmatic abilities. Moreover, a standardized psychometric tool was employed in order to check the man's abilities acquired in the process of socialization. The research identified the coexistence of the frontal lobe syndrome and subtle impairments in the execution of communicative competence.

Keywords: logopedic diagnosis, logopedic therapy, dynamic motor aphasia, communicative competence, communicative abilities

Wstęp

W postępowaniu logopedycznym ocena językowego funkcjonowania człowieka powinna być prowadzona w kontekście biologicznych, poznawczych, emocjonalno-społecznych mechanizmów zachowań. Zakłócenie któregokolwiek z tych mechanizmów determinuje metodykę i rezultaty oddziaływań terapeutycznych. U osób z uszkodzeniami mózgu mogą wystąpić zaburzenia interakcji językowych nie tylko w wyniku afazji, lecz również na skutek zaburzeń dynamicznej równowagi pomiędzy poszczególnymi sferami życia człowieka. Istotą zaburzeń afatycznych są zaburzenia w użyciu systemu językowego, jednak trudności w aktualizacji słów doprowadzają do trudności w respektowaniu społecznych, sytuacyjnych i pragmatycznych reguł komunikacji.

Kontekst interpretacyjny dla pojęcia kompetencji komunikacyjnej stanowi teoria interakcji. Stanisław Grabias definiuje interakcję jako układ dwu przylegających do siebie procesów: nadawania znaczeń zachowaniom ludzkim oraz dostosowywania własnych zachowań do zachowań członków grupy. Proces ten dokonuje się tylko poprzez język (Grabias 2007). Reguły kompetencji komunikacyjnej decydują o strukturze wypowiedzi i o doborze wypełniających tę strukturę środków językowych. Zasady budowania wszystkich wypowiedzi można ująć w stwierdzeniu: kształt wypowiedzi zależy od tego, kto, do kogo, w jakiej sytuacji i w jakim celu mówi, czyli od biologicznych i umysłowych możliwości mówiącego (sprawność systemowa), od biologicznych i umysłowych możliwości odbiorcy i od jego rangi społecznej (sprawność społeczna), od sytuacji, której wypowiedź dotyczy (sprawność sytuacyjna), i celu, jaki nadawca chce zrealizować (sprawność pragmatyczna) (Grabias 2012).

Językowe reguły społeczne decydują o sposobie realizowania komunikatu ze względu na rangi (równorzędne/nierównorzędne), typ kontaktu (oficjalny/nieoficjalny; trwałe/nietrwałe). Realizacja językowych reguł sytuacyjnych wiąże się z uwzględnieniem kategorii czasu (teraźniejszość, przyszłość, przeszłość), miejsca, tematu rozmowy, liczby rozmówców, gatunku wypowiedzi (dialog, monolog). Realizowanie językowych reguł pragmatycznych dotyczy sposobów realizowania funkcji emocjonalnej, informacyjnej (oznajmienia, przeczenia, potwierdzenia, pytania), modalnej (pewność, przypuszczenie, nieokreśloność modalna, wątpliwość, wykluczenie) i działania (zainteresowanie działaniem, pobudzania do działania, gotowość do działania i odmowa działania) (Grabias 2003).

Istotą komunikacji jest współpraca, językowy kontakt nadawcy i odbiorcy, użycie języka, różne okoliczności kulturowe, społeczne, psychiczne, językowe,

czasowe, przestrzenne oraz dzielenie się wiedzą o świecie i podtrzymywanie wzajemnych więzi. Reguły komunikowania się ludzi muszą uwzględniać ich uwarunkowania poznawcze, społeczno-kulturowe i anatomiczno-fizjologiczne, a także kompetencję językową i komunikacyjną, cechy osobowościowe i stan emocjonalny interlokutorów, a także zewnętrzną sytuację aktu komunikacji (Gajda 2003).

Jednostką patologii mowy, w której komunikacyjny wymiar zaburzeń w znacznym stopniu wpływa na codzienne funkcjonowanie pacjentów, jest afazja. W klasycznym rozumieniu Maruszewskiego (1966) afazja definiowana jest jako „spowodowane organicznym uszkodzeniem odpowiednich struktur mózgowych częściowe lub całkowite zaburzenie mechanizmów programujących czynności mowy u człowieka, który już uprzednio opanował te czynności”. W naukach medycznych afazję zalicza się do objawów uszkodzenia mózgu, a nie do osobnych jednostek nozologicznych. W logopedii afazję ujmuje się jako odrębne zaburzenie (Panasiuk 2008).

W afazji obserwowalne są trudności w aktualizowaniu kompetencji językowej i jej użyciu. Zauważa się je w obrębie wszystkich podsystemów języka (fonologiczno-fonetycznego, morfologicznego, składniowego). Problemy te nie dotyczą jednak zdolności do rozpoznawania sytuacyjnych, społecznych i pragmatycznych reguł komunikacji. Prawidłowo funkcjonująca kompetencja komunikacyjna u osób z afazją może wpływać na aktywizację mechanizmów przystosowawczych pacjenta (Panasiuk 2012). Jednak afatyczne zaburzenia mowy w znacznym stopniu ograniczają sprawności komunikacyjne. Deficyty w rozumieniu wypowiedzi i trudności w programowaniu komunikatów werbalnych wykluczają chorego z afazją z roli nadawcy i odbiorcy przekazu językowego. Z jednej strony kompetencja komunikacyjna może stymulować proces zdrowienia i odbudowy utraconych funkcji. Z drugiej, w przypadku niepowodzeń i znacznych ograniczeń sprawności językowych, może doprowadzać do pogłębiających się zaburzeń interakcyjnych.

Kliniczny opis przypadku

Ocenie neuropsychologicznej i neurologopedycznej poddano 33-letniego mężczyznę po urazie czaszkowo-mózgowym. Wyniki badań neuroobrazowych wykazały obecność krwiaków w obydwu płatach czołowych i lewym płacie ciemieniowym. W następstwie rozległych uszkodzeń mózgu wystąpił niedowład połowiczny prawostronny i afazja motoryczno-dynamiczna. Dodatkowo stan

kliniczny pacjenta determinowały objawy depresji: obniżony nastrój, spowolnienie psychoruchowe, spadek wydolności procesów intelektualnych, a także padaczka z napadami toniczno-klonicznymi. W przeciągu kolejnych miesięcy po wypadku u chorego narastały objawy zespołu czołowego: adynamia i apatia, trudności w podejmowaniu codziennych zadań i niemożność zabezpieczenia spraw bytowo-socjalnych.

Metody i wyniki

Celem badań przeprowadzonych w sześć miesięcy po wypadku była ocena kompetencji i sprawności komunikacyjnych pacjenta z afazją motoryczno-dynamiczną. Wyniki uzyskane przy użyciu samodzielnie skonstruowanych prób eksperymentalno-klinicznych porównano z wynikami wystandaryzowanego narzędzia psychometrycznego – Kwestionariusza Kompetencji Społecznej (KKS).

Samodzielnie skonstruowane próby eksperymentalno-kliniczne obejmowały grupy zadań: 1) realizowanie językowych reguł społecznych, 2) realizowanie językowych reguł sytuacyjnych, 3) realizowanie językowych reguł pragmatycznych. Do oceny sposobu realizacji językowych reguł społecznych posłużono się zadaniami mającymi na celu zainicjowanie kontaktu w zależności od rangi rozmówcy i typu kontaktu. Zadaniem badanego była odpowiedź na polecenie wydane mu przez terapeutę. Poniższe tabele przedstawiają opis prób, polecenia oraz wypowiedzi pacjenta.

Tab. 1. Realizowanie językowych reguł społecznych ze względu na rangi rozmówców

L.p.	Polecenie	Realizacja
Rangi równorzędne		
1.	Zaproś kolegę na urodziny w sobotę.	<i>Słuchaj zapraszam cię na urodziny, które odbędą się w najbliższą sobotę. Zaczynamy o 16:00. (Pauza) Urodziny są u mnie w domu.</i>
2.	Ułóż tekst gratulacji z okazji narodzin dziecka.	<i>Wszystkiego najlepszego z okazji narodzin dziecka. Długo cię nie widziałem.</i>
Rangi nierównorzędne		
1.	Poproś dyrektora o urlop w związku z narodzinami dziecka	<i>Dzień dobry. Chciałem prosić o urlop w związku z narodzinami mojego dziecka. (Pauza) Ten urlop chciałbym wziąć od piątku, przez sobotę do przyszłego tygodnia.</i>
2.	Zapytaj o rabat na zakupy w hipermarkecie.	<i>Przepraszam bardzo, czy mają Państwo rabat na zakupy?</i>

Zadania zostały zrealizowane poprawnie pod względem formalnym i treściowym. Jednak wypowiedzi są krótkie, schematyczne, mało rozwinięte. W sposobie ich realizacji wystąpiły objawy nie płynności. Pacjent realizuje wykładniki funkcji fatycznej: wchodzenie w kontakt (*Dzień dobry*), podtrzymywanie go (*Chciałem prosić...*) i wygaszanie (*Długo cię nie widziałem*). Używa formuł grzecznościowych (*Przepraszam bardzo, czy mają Państwo...*), które sygnalizują realizowanie językowych ról społecznych i uwzględnienie społecznych uwarunkowań interakcji (Panasiuk 2012).

Kolejne próby polegały na określeniu, w jakiej relacji znajdują się osoby na ilustracji. Badany był poproszony o ułożenie dialogu odpowiedniego do sytuacji na zdjęciu.

Tab. 2. Realizowanie językowych reguł społecznych ze względu na typ kontaktu – oficjalność

Odpowiedź	
Kontakt oficjalny	
Typ kontaktu: oficjalny – rozmowa kwalifikacyjna	<i>To jest rozmowa o pracę.</i>
	– (Pauza) <i>Jakie są Pani kwalifikacje?</i> – <i>Ukończyłam Uniwersytet Warszawski, kierunek politologia, 5 lat pracowałam w zawodzie.</i>
Kontakt nieoficjalny	
Typ kontaktu: nieoficjalny – wakacje nad morzem	<i>Grupa znajomych na wakacjach.</i>
	– (Pauza) <i>Hej, ho.. zaśpiewajmy tą piosenkę!</i> – <i>A może inną?</i>

Rodzaj kontaktu pomiędzy interlokutorami przedstawionymi na zdjęciu został poprawnie zasygnalizowany. Badany prawidłowo buduje dialogi dostosowując je do rang rozmówców i typu kontaktu. W relacji oficjalnej wchodzi w rolę pracodawcy i zadaje adekwatne pytanie, które jest typowe dla rozmów kwalifikacyjnych. Realizując relację przyjacielską buduje krótkie zawiadomienia wzbogacone gestem i mimiką. Użycie znaków niewerbalnych częściowo kompensuje występujące trudności w werbalizowaniu wykładników językowych reguł społecznych. Zainicjowanie dialogów poprzedzone jest długimi pauzami. Adynamia i zaburzenia mowy wewnętrznej utrudniają sprawne zaplanowanie dłuższych wypowiedzi.

Kolejne dwa zadania polegały na wcieleniu się w role językowe.

Tab. 3. Realizowanie językowych reguł społecznych ze względu na typ kontaktu – trwałość

L.p.	Polecenie	Realizacja
Kontakt trwały		
1.	Wyobraź sobie, że jesteś moim przyjacielem i opowiadasz mi o swoim ostatnim urlopie.	<i>Ostatnio byłem w górach... nie... nad morzem. Było fajnie.</i>
2.	Wyobraź sobie, że zmieniasz pracę i chcesz o tym poinformować swoją żonę.	<i>Informuję, że zmieniam pracę.</i>
Kontakt nietrwały		
1.	Zwróć uwagę bawiącym się dzieciom, aby nie śmieciły w miejscu publicznym.	<i>Dzieci nie śmiećcie tutaj!</i>
2.	Zapytaj przechodnia, jak należy doładować elektroniczny bilet MPK.	<i>Przepraszam Pana, jak należy doładować bilet elektroniczny MPK?</i>

U pacjenta występują znaczne ograniczenia w realizowaniu komunikatów werbalnych. Badany formułuje krótkie wypowiedzi, opierające się na schematach zdaniowych zawartych w pytaniu. Mężczyzna sprawnie używa utartych zwrotów grzecznościowych (*Przepraszam Pana*), w wypowiedziach realizuje funkcję emocjonalną i funkcję działania (*Dzieci nie śmiećcie tutaj!*).

Stwierdzić należy, że pacjent prawidłowo realizuje językową sprawność społeczną. Dobiera środki językowe tak, aby dostosować się do odbiorcy oraz do pełnionej przez niego roli społecznej. Formułując wypowiedzi do osób o wyższej randze, posługuje się zwrotami grzecznościowymi. W sytuacjach dialogowych stworzonych na potrzeby badania mężczyzna tworzy przeważnie schematyczną odpowiedź w reakcji na zadane mu pytanie. Pacjent rozumie, że rodzaj kontaktu ze względu na jego oficjalność determinuje różnice w wypowiedzaniu się, jednak nie jest w stanie poprawnie wyrazić tej różnicy ze względu na trudności z programowaniem wypowiedzi. Afatyczne trudności w tworzeniu wariantów stylistycznych adekwatnych do kontekstu społecznego mogą doprowadzać do sytuacji, w których chorzy – pomimo znajomości reguł komunikacji – nie potrafią dokonać wyboru środków i zrealizować wypowiedzi uwzględniających takie zmienne jak: rodzaj kontaktu, charakter rang rozmówców (Panasiuk 2012).

Kolejna grupa zadań dotyczyła oceny poziomu funkcjonowania sprawności sytuacyjnej. Pierwsza próba dotyczyła wypowiedzi budowanej na podstawie oglądanego obrazka. Pacjent miał za zadanie zwrócić szczególną uwagę na umiejscowienie w czasie danej sytuacji.

Tab. 4. Realizowanie językowych reguł sytuacyjnych ze względu na czas

Lp.	Czas	Wypowiedź
1.	Wypowiedź dotyczy zdarzeń i osób aktualnie postrzeganych	<i>Widzę kobietę i mężczyznę, którzy zajmują się kwiatami. Dzieje się to teraz, prawdopodobnie latem w jakiejś szklarni.</i>
2.	Wypowiedź dotyczy zdarzeń i osób z przeszłości lub przyszłości	<i>Na obrazku widzę kobiety ubrane w eleganckie suknie oraz kilku mężczyzn, coś takiego. Dzieje się to w renesansie czy coś.</i>
3.		<i>Tutaj widzę parę ludzi, ni to ludzi ni to stworów. Jakiś takich niebieskich. To scena z przyszłości.</i>

Badany prawidłowo rozumie temporalny kontekst sytuacji. Kolejne próby koncentrowały się na ocenie, w jaki sposób pacjent uwzględni w wypowiedzi aspekt lokatywny. Mężczyźnie polecono stworzyć dwa dialogi: jeden toczący się w miejscu otwartym, a drugi w miejscu zamkniętym.

Tab. 5. Realizowanie językowych reguł sytuacyjnych ze względu na miejsce

Otwarte	Zamknięte
<ul style="list-style-type: none"> - <i>Jak tu pięknie!</i> - <i>Chciałbym znowu się tam znaleźć!</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Poproszę bilet na film „Listy do M”.</i> - <i>12 zł.</i> - <i>Proszę.</i> - <i>Dziękuję.</i>

Pacjent na podobnym poziomie realizował komunikaty typowe dla interakcji przebiegającej w miejscu otwartym, jak i zamkniętym. Subtelne trudności mogą wynikać z ograniczonych możliwości komunikacyjnych, jakie stwarza plener dla osób z afazją, a mianowicie: znaczne odległości, osłabione możliwości korzystania z komunikatów niewerbalnych, postronne lub niesprzyjające środowisko fizyczne (Panasiuk 2012).

Kolejna próba polegała na zainicjowaniu i przeprowadzeniu z terapeutą rozmowy projektującą hipotetyczną sytuację dialogową „U fryzjera”.

Tab. 6. Realizowanie językowych reguł sytuacyjnych ze względu na temat

Dialog
<ul style="list-style-type: none"> - <i>Dzień dobry. Chciałabym ściąć włosy na mokro.</i> - <i>Dobrze, zapraszam.</i> - <i>Chciałabym coś zmienić, ale nie wiem jeszcze co.</i> - <i>Może skrócić końcówki?</i> - <i>Dobrze.</i>

Badany miał problem z przejściem inicjatywy w rozpoczynaniu rozmowy. W trakcie interakcji chory stosuje zazwyczaj tylko jeden człon diady dialogowej – reakcję. Przebieg dialogu sterowany jest w większości przez interlokutora, do

którego należy inicjowanie rozmowy. Zaburzenia interakcyjne wynikają przypuszczalnie z uszkodzenia struktur czołowych, a tym samym z deficytów planowania wypowiedzi (Kaczmarek 2008). Wnioski te są spójne z doniesieniami, które mówią o tym, że ograniczenie aktywności społecznej, rezygnacja z życia zawodowego oraz konieczność ciągłego pokonywania skutków choroby wpływają na zakres zainteresowań i tematykę wypowiedzi osób z afazją (Panasiuk 2012).

Kolejna próba dotyczyła realizowania językowych reguł sytuacyjnych ze względu na liczbę rozmówców. Pacjent był poproszony o udzielenie odpowiedzi na pytania odnoszące się do materiału obrazkowego.

Tab. 7. Realizowanie językowych reguł sytuacyjnych ze względu na liczbę rozmówców

L.p.	Polecenie	Odpowiedź
1.	Czym się różnią te dwa rysunki?	<i>Na pierwszym para młoda świętuje, jest na weselu, a na drugim rodzina je obiad.</i>
2.	Jak liczba osób biorąca udział w rozmowie wpływa na jej przebieg?	<i>Im więcej osób, tym więcej no... tematów, wątków, jakie się porusza.</i>

Badany rozumie kategorię liczby rozmówców, ponieważ poprawnie odpowiada na wszystkie zadawane mu pytania. Zna ograniczenia i zalety dialogów i polilogów.

Reasumując, stwierdzić należy że pacjent realizuje językowe reguły sytuacyjne w sposób dość schematyczny i uproszczony. Ograniczenia wiążą się przede wszystkim z programowaniem wypowiedzi w miejscu otwartym, dopasowaniem komunikatu do tematu rozmowy oraz z inicjowaniem dialogu. Poprawnie realizowane są sytuacyjne uwarunkowania wypowiedzi związane z kategorią czasu, liczbą rozmówców.

Kolejnym etapem badania była ocena sposobu realizowania językowych reguł pragmatycznych. W zadaniach oceniających funkcję emocjonalną badany był poproszony o wypowiedzenie jednego zdania z różną intonacją wskazującą na emocjonalnie pozytywne zabarwienie wypowiedzi. Realizację emocji negatywnych oceniano na podstawie reakcji werbalnych przejawiających się w różnych sytuacjach z emocjonalnie negatywnym kontekstem.

Tab. 8. Realizowanie funkcji emocjonalnej – emocje negatywne

Polecenie: Jak zareagujesz?		Reakcja	
1.	Ktoś bliski ciebie zranił!	<i>Jak mogłeś mi to zrobić!</i>	Emocje negatywne
2.	Nie dostałeś spodziewanego awansu!	<i>O nie..!</i>	

Pacjent umiejętnie wyrażał emocje negatywne, miał natomiast trudności z realizacją pozytywnego nacechowania w prozodycznym konturze wypowiedzi. U chorych z afazją obserwuje się trudności w adekwatnym kodowaniu i dekodowaniu emocji oraz ograniczenie motywacji do tworzenia spontanicznych komunikatów (Herzyk 2005). Z drugiej strony zaobserwowano prawidłową interpretację zachowań językowych w kontekście emocji negatywnych. Badany stosował oznaki emocji (*O nie..!*) oraz znaki stanów emocjonalnych i przyczyn emocji z komponentem sterowania uczuć odbiorcy (*Jak mogłeś mi to zrobić!*). Ocena sprawności w realizowaniu wypowiedzi o funkcji informacyjnej obejmowała ocenę oznajmiania, zaprzeczania, potwierdzania i formułowania pytań.

Tab. 9. Realizowanie funkcji informacyjnej

L.p.	Polecenie	Realizacja
Oznajmienia. Zakomunikuj informację:		
1.	Nie możesz się dzisiaj spotkać z kolegą z ważnego powodu.	<i>Wiesz, nie mogę się dzisiaj z tobą spotkać, boli mnie brzuch.</i>
Przeczenia. Zaprzecz informacji:		
1.	Najbogatszym człowiekiem na świecie jest Bono z U2.	<i>Najbogatszym człowiekiem na świecie jest... Nie wiem kto, ale nie Bono.</i>
Potwierdzenia. Potwierdź wypowiedź:		
1.	Swoją obecność na jutrzejszym zebraniu.	<i>(Pauza) Będę jutro na spotkaniu.</i>
Pytania. Zapytaj o:		
	Bieżącą cenę paliw.	<i>Jaka jest obecna cena paliw?</i>

Próby zostały poprawnie wykonane przez pacjenta. Badany formułował swoje komunikaty na podstawie informacji zawartych w pytaniu. Powyższe zadania dowodzą zdolności do prawidłowego realizowania funkcji informacyjnej, zarówno w zakresie oznajmień, przeczeń, pytań i częściowo potwierdzeń. Funkcja informacyjna jest w większości przypadków prowokowana przez zdrowego interlokutora.

Sprawdzenie realizacji funkcji modalnej wiązało się z wyrażaniem pewności, przypuszczenia, nieokreśloności modalnej, wątpliwości i wykluczenia w odpowiedzi na komunikaty wypowiedziane przez terapeutę.

Tab. 10. Realizowanie funkcji modalnej

L.p.	Polecenie	Realizacja
Pewność: Wyraż pewność, że		
1.	Zostaniesz przyjęty na staż do zagranicznej firmy.	<i>Pewnie zostaną przyjęty na staż do zagranicznej firmy.</i>
Przypuszczenie. Wyraż przypuszczenie, że		
1.	O zbliżających się odwiedzinach teściowej.	<i>Przypuszczalnie odwiedzi nas teściowa.</i>
Nieokreśloność modalna. Powiedz, że zarówno dopuszczasz, jak i nie dopuszczasz istnienie takiego stanu rzeczy, jak:		
1.	Reinkarnacja.	<i>(Pauza) Nie wiem, czy reinkarnacja istnieje.</i>
Wątpliwość. Wyraż wątpliwość w to, że:		
1.	Dostaniesz awans.	<i>(Pauza) Wątpię, że dostanę awans.</i>
Wykluczenie. Wyklucz:		
1.	Opcję wzięcia kredytu gotówkowego w banku.	<i>Nie dopuszczam do siebie myśli opcji wzięcia kredytu gotówkowego w banku.</i>

Funkcja modalna, realizowana poprzez wyrażanie pewności, przypuszczenia, wątpliwości i wykluczenia, pojawia się w wypowiedziach badanego mężczyzny we właściwych kontekstach znaczeniowych.

W celu sprawdzenia funkcji działania przeprowadzono trzy zadania, które pozwalały ocenić sposób wyrażania zainteresowania działaniem, gotowości do działania i pobudzanie do działania.

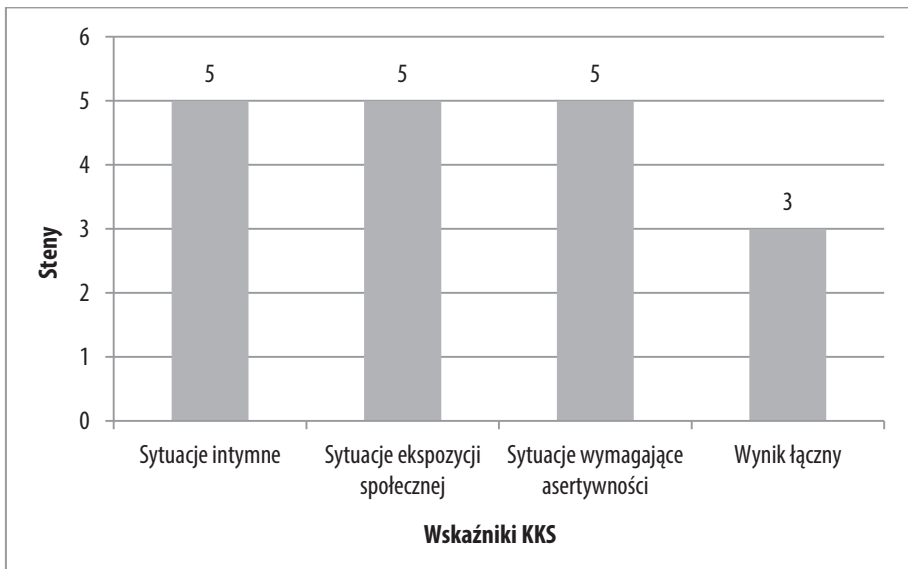
Tab. 11. Realizowanie funkcji działania

L.p.	Polecenie	Realizacja
Zainteresowanie działaniem. Pokaż, że interesuje Cię to, co u mnie słyhać. Zapytaj mnie o:		
1.	Moje ostatnie święta	<i>Opowiedz mi coś o twoich ostatnich świętach.</i>
Gotowość do działania. Wyraż gotowość:		
2.	Wykonywania regularnych ćwiczeń fizycznych.	<i>Będę wykonywać ćwiczenia.</i>
Pobudzanie do działania. Za pomocą komunikatów werbalnych:		
3.	Zmotywuj mamę do szukania nowej pracy.	<i>(Pauza) Mamę, zacznij szukać nowej pracy. Inaczej będziesz siedzieć w domu.</i>

Pacjent realizował poprawnie większość zadań, jednak odpowiadał krótko, w sposób mało zachęcający interlokutora do kontynuowania rozmowy. Wypowiedzi odznaczały się schematycznością, były budowane na podstawie schematów zdaniowych zawartych w poleceniach. Sprawność pragmatyczna jest dobrze zachowana. Pacjent potrafi wyrazić swoje intencje, pomimo ograniczeń w płynności wypowiedzi. Chorzy z afazją realizują pragmatyczne funkcje wypowiedzi, wspierając się kodami parawerbalnymi lub korzystając z aktywnej postawy rozmówcy w eksplikowaniu znaczenia swoich komunikatów (Panasiuk 2012).

Narzędziem psychometrycznym, które pozwoliło zobiektywizować ocenę zachowań językowych pacjenta był Kwestionariusz Kompetencji Społecznych (KKS). Analizie poddano zarówno wskaźnik ogólny kwestionariusza jak też wskaźniki szczegółowe, określające poziom kompetencji ujawnianych w: sytuacjach ekspozycji społecznej, sytuacjach wymagających asertywności oraz sytuacjach bliskiego kontaktu interpersonalnego (Maczak 2001). Poniższy wykres przedstawia wyniki osiągnięte przez badanego.

Ryc. 1. Kwestionariusz Kompetencji Społecznej (KKS)



Badany uzyskał wyniki wskazujące na przeciętny poziom kompetencji warunkujących efektywność działania w sytuacjach intymnych, średni poziom kompetencji wymagających asertywności oraz przeciętny poziom efektywności działania w sytuacjach ekspozycji społecznej. Wynik ogólny wskazuje na niski poziom kompetencji społecznych.

W skali mierzącej efektywność działania w sytuacjach intymnych pacjent osiągnął wynik przeciętny. Oznacza to, że potrafi dość efektywnie funkcjonować w bliskich relacjach z drugą osobą, łatwo zwierza się partnerowi i umie wysłuchiwać takich zwierzeń ze strony innych. W części sprawdzającej efektywność działania w sytuacjach wymagających asertywności uzyskał również przeciętny rezultat. Jest to dowód na to, że potrafi przedstawiać racjonalne argumenty w dyskusji, broni swojego zdania, nie jest uległy, ani agresywny.

Również przeciętny wynik dotyczył skali testującej efektywność funkcjonowania w sytuacjach ekspozycji społecznej. Pacjent stosunkowo dobrze radzi sobie w warunkach wystąpień publicznych. Zdarza mu się jednak reagować znacznym stresem, wycofaniem się z sytuacji, w której musi wygłosić komunikat przed audytorium.

Dane zebrane przy użyciu prób jakościowych (eksperymentalno-klinicznych) i ilościowych (w znormalizowanej skali) pozwalają stwierdzić, że są to informacje spójnie. Metody ilościowe dopełniają całościową diagnozę funkcjonowania pacjenta pod względem sprawności komunikacyjnych.

Wnioski

Przeprowadzone badania miały na celu określenie stanu kompetencji i sprawności komunikacyjnych pacjenta z afazją motoryczno-dynamiczną. Wnioski, jakie nasuwają się po przeprowadzeniu prób eksperymentalno-klinicznych, pozwalają stwierdzić, że kompetencja komunikacyjna jest realizowana względnie poprawnie. Pacjent zna i stosuje językowe reguły społeczne, sytuacyjne i pragmatyczne. Nieznaczne zakłócenia komunikacji występują w kontakcie trwałym, w miejscach otwartych, w dostosowywaniu wypowiedzi do określonego tematu i gatunku, w przekazywaniu emocji pozytywnych.

Interakcja pacjenta jest upośledzona głównie ze względu na trudności w inicjowaniu kontaktu, występowanie objawów nie płynności (nieuzasadnione pauzy), schematyczność wypowiedzi. W badaniu stwierdzono deficyty w tworzeniu spójnych wypowiedzi narracyjnych, problemy w kontrolowaniu jakości (formalnej i znaczeniowej) komunikatu, znaczne uzależnienie wypowiedzi od aktualnego kontekstu sytuacyjnego, trudności w strategicznym planowaniu własnych zachowań językowych. Największą sprawność badany przejawiał w realizacji tekstów związanych z zachowaniami zrytualizowanymi, stereotypowymi. Pacjent zazwyczaj długo zastanawiał się przed udzieleniem odpowiedzi, przy tworzeniu swojej wypowiedzi korzystał ze schematów składniowych zawartych w pytaniach. Wyniki uzyskane w poszczególnych podskalach Kwestionariusza Kompetencji Komunikacyjnej wskazują na przeciętne funkcjonowanie badanego w sytuacjach intymnych, wymagających ekspozycji społecznej lub asertywności. Zachowana kompetencja komunikacyjna może stanowić podstawę do budowania programu terapii neurologopedycznej i neuropsychologicznej pacjenta.

Bibliografia

- Gajda S. 2003, *Lingwistyczne podstawy logopedii*, [w:] *Logopedia – pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki. Interdyscyplinarne podstawy logopedii*, t. 1, red. T. Gałkowski, G. Jastrzębowska, Opole, s. 11–84.
- Grabias S. 2003, *Język w zachowaniach społecznych*, Lublin.
- Grabias S. 2007, *Język, poznanie, interakcja*, [w:] *Język. Interakcja. Zaburzenia mowy. Metodologia badań. Mowa. Teoria – praktyka*, red. T. Woźniak, A. Domagała, Lublin, s. 355–377.
- Grabias S. 2012, *Teoria zaburzeń mowy. Perspektywy badań, typologie zaburzeń, procedury postępowania logopedycznego*, [w:] *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*, red. S. Grabias, M. Kurkowski, Lublin, s. 15–71.
- Herzyk A. 2005, *Wprowadzenie do neuropsychologii klinicznej*, Warszawa.
- Maruszewski M. 1974, *Chory z afazją i jego usprawnianie*, Warszawa.
- Matczak A. 2001, *Kwestionariusz Kompetencji Społecznych KKS. Podręcznik*, Warszawa.
- Panasiuk J. 2008, *Standard postępowania logopedycznego w przypadkach afazji*, „Logopedia”, t. 37, Lublin.
- Panasiuk J. 2012, *Afazja a interakcja. Tekst – metatekst – kontekst*, Lublin.
- Zienkowicz A. 2011, *Istota rehabilitacji chorego z afazją – mowa a komunikacja*, [w:] *O utrudnieniach w porozumiewaniu się*, red. M. Obrębska, Poznań, s. 131–144.

- Magdalena Bury
Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie
Zakład Psychologii Klinicznej i Neuropsychologii