



Paulina Wójcik-Topór

SPRAWNOŚĆ KOMUNIKACYJNA W AFAZJI CZUCIOWEJ. STUDIUM PRZYPADKU

Streszczenie

Komunikacja jest procesem, który ma wiele funkcji. Dzięki niej człowiek może porozumiewać się, przekazywać myśli, udzielać informacji, a przede wszystkim się łączyć z innymi. Kompetencja komunikacyjna staje się zatem jedną z najistotniejszych składowych kompetencji językowej. W przypadku jej utraty w wyniku uszkodzenia struktur mózgowych możliwości porozumiewania się są uboższe. Tak też jest w afazji czuciowej, gdzie dochodzi głównie do zaburzenia rozumienia. Stąd odbiór i nadawanie komunikatu zarówno przez nadawcę, jak i odbiorcę jest poważnie zaburzone. Niniejszy artykuł jest studium przypadków dwóch osób z afazją czuciową, objętych terapią logopedyczną w poradni przyszpitalnej. Osoby te mają trudności komunikacyjne, a ich funkcjonowanie w społeczeństwie jest uzależnione od osób drugih. Artykuł pokazuje, na ile możliwa jest komunikacja przy zachowaniu kontekstu, czyli nośnika znaczenia.

Słowa kluczowe: kompetencja komunikacyjna, afazja czuciowa, kontekst, echolalia, perseweracja, anozognozja

THE EFFICIENCY OF COMMUNICATION IN SENSORY APHASIA. CASE STUDY

Summary

Communication is a process that has many functions. Thanks to it man can communicate, communicate thoughts, provide news, and most of all to connect each other. Therefore communicative competence becomes one of the most important components of language competence. In the case of the disturbance as a result of damage to brain structures possibilities of communication are becoming poorer. So it is in sensory aphasia, where mainly we can meet disorders of understanding. As a consequence, the receiving and transmitting a message to both the sender and the recipient is seriously weakened. This article is a case study of two people with sensory aphasia, undergoing logopedic speech therapy in the hospital out-patient clinic. These people have communication difficulties and their functioning in the society is dependent on another people. The article shows how possible is the communication while keeping context, which carrier of the meaning.

Keywords: communicative competence, sensory aphasia, context, echolalia, perseveration, anosognosia, logopedic therapy

Wstęp

Komunikacja jest pewnym rodzajem łączności ze światem, ale też możliwością poznawania go. Ewolucja gatunku homo sapiens umożliwiła przejście od pierwotnych komunikatów, wyrażających emocje, potrzeby, skłaniające do działania po użycie języka, który ma funkcję impresywną i ekspresywną. Jednak to biologiczne uwarunkowania komunikacji językowej pozwalają wskazać anatomiczno-fizjologiczne korelaty sprawności językowych. To z kolei pozwala wykorzystać neuroplastyczność mózgu w terapii logopedycznej osób z afazją. Należy w tym miejscu zaznaczyć, że sama mowa jako środek komunikacji, poza kategoriami anatomicznymi i fizjologicznymi, istnieje także w wariacie psychologicznym i społecznym (Panasiuk 2014: 407). Możliwość porozumiewania się człowieka jest warunkowana przez kompetencję językową¹ oraz komunikacyjną, czyli wiedzę dotyczącą budowania zdań adekwatnych do sytuacji, społecznych zależności rozmówców i samych celów wypowiedzi (Grabias 1997). Dla człowieka język jest nośnikiem aktywności umysłu i komunikacji (Koc-Kozłowiec 2005: 67).

W przypadku zakłócenia komunikacji w afazji obserwuje się trudności z aktualizacją i użyciem kompetencji językowej. W niniejszym artykule spróbuję przedstawić dwa studia przypadków osób z afazją czuciową, pokazując zaburzenia językowe i proces terapii oraz zastosowane metody, służące usprawnieniu komunikacji językowej.

Studium przypadku I

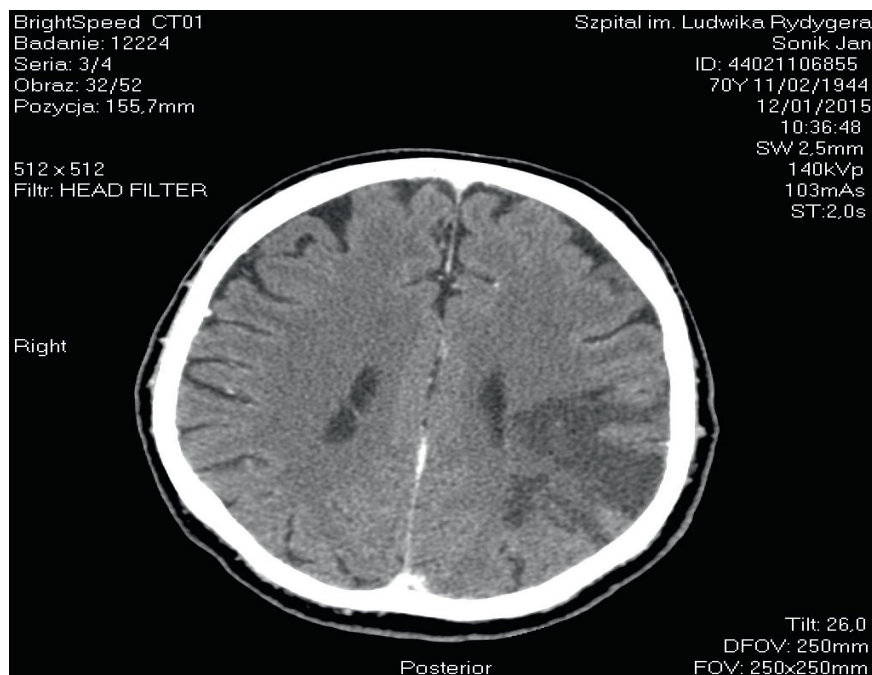
Dane z wywiadu

Pan J., lat 70, w 2015 roku doznał zawału lewej półkuli mózgu. Do tej pory nie był leczony przewlekle. W dniu zachorowania pacjent prowadził samochód, po powrocie do domu rodzina zaobserwowała trudności z mówieniem. W wykonanej tomografii komputerowej głowy (TK) opisano świeże zmiany niedokrwienne w lewym płacie skroniowym i ciemieniowym. W kontrolnej TK głowy obszar uległ powiększeniu. Pojawił się niewielki niedowład kończyny górnej prawej, który w czasie prowadzonej rehabilitacji wycofał się. Ze względu na występujące w trakcie hospitalizacji zaburzenia zachowania,

1 Kompetencja językowa jest wiedzą, która pozwala budować wypowiedzi gramatycznie poprawne.

okresową agresywność, napięcie i drażliwość, do leczenia został włączony Rispolept².

Ryc. 1. Zdjęcie TK (tomografii komputerowej) pana J. przedstawiające zmianę niedokrwienną.



Zdolność rozumienia i nadawania mowy

Początki terapii u pana J. wskazywały na duże zaburzenia rozumienia. Funkcjonowanie pacjenta podczas pobytu na Oddziale Rehabilitacyjnym było bardzo trudne. Obserwowano ogólne zaburzenia zachowania, nadpobudliwość, niestosowanie się do reguł panujących na oddziale. Takie zachowanie mogło świadczyć o braku poczuciu własnej choroby. Oznaczałoby to u pacjenta anozognozę, czyli ograniczenie świadomości własnych dysfunkcji, niesprawności. Jest to częsty objaw u osób po uszkodzeniu mózgu (Seniów 2009: 64). Komunikacja była trudna, pacjent potrafił jedynie odpowiedzieć na formy powitalne. Odpowiedzią na zadawane pytania był zwrot modlitwy „Zdrowaś

2 Rispolept to lek, który w tym przypadku miał na celu wyciszenie agresji, stosowany u pacjentów, którzy nie reagują na metody nefarmakologiczne, a istnieje ryzyko, że stanowią zagrożenie dla samego siebie lub innych (Pharmindex Brevier, Podręczny Indeks Leków, s. 796).

Maryjo”, która pojawiała się również podczas spontanicznych wypowiedzi chorego. Realizacja głosowa charakteryzowała się zmienną prozodią mowy. Wskazany zwrot był pewnego rodzaju embolem. Z czasem u pacjenta zaczęły się pojawiać pojedyncze wyrazy, natomiast modlitwę zastąpił nowy embol: „dwadzieścia jeden, dwadzieścia dwa, dwadzieścia trzy”. Pacjent chcąc przekazać jakąś informację, pytając, odpowiadając używał tylko liczb. Zachowana była prozodia wypowiedzi, na podstawie której można było wywnioskować czy przekaz jest oznajmieniem, czy pytaniem. W wypowiedzi obecny był tylko embol w postaci liczb. W karcie wypisowej z Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej odczytujemy „całkowity brak rozumienia mowy – nie spełnia poleceń nawet po pokazaniu”. Przez cały okres pobytu na oddziale współpraca z panem J. była bardzo utrudniona, chociaż poprawiła się komunikacja pozawerbalna. Pacjent zaczął wybiórczo spełniać polecenia.

Terapia po wyjściu z oddziału była trudna – zdarzały się dni, kiedy pacjent nie chciał współpracować, a rozumienie nawet kontekstowe było zaburzone. Z relacji osób bliskich wiadomo, że funkcjonowanie pacjenta w domu było problemowe. Chory łatwo się denerwował w sytuacjach, kiedy nie widział reakcji otoczenia na własne komunikaty, bądź kiedy sam nie rozumiał wypowiedzi bliskich. W prowadzonej rehabilitacji, także językowej, oprócz zachowania funkcji uwagi, pamięci, koncentracji i prymarnych form myślenia, bardzo ważne są takie zmienne, jak samoświadomość deficytów, prawidłowa kontrola zachowania oraz motywacja do celowej aktywności (Seniów 2009: 68).

Z czasem zaobserwowano u pana J. lepsze rozumienie kontekstowe. Pacjent podczas terapii zaczął realizować inne ciągi zautomatyzowane. Poprawiło się funkcjonowanie pacjenta w zakresie uwagi i koncentracji. U pana J. uruchomiło się lepsze rozumienie mowy kontekstowej i sytuacyjnej, zwłaszcza kiedy była ona poparta gestem. Obecnie adekwatnie reaguje na zadawane pytania czy prośby, krótkie komunikaty – uśmiecha się. W momencie pochwały po wykonanym zadaniu w trakcie terapii, mówi: *a dziękuję, tak pani mówi?*. Z wywiadu przeprowadzonego z rodziną wiadomo, że w dalszym ciągu funkcjonowanie pana J. w domu bywa trudne. Denerwuje się w sytuacji, kiedy bliscy nie rozumieją, co chce przekazać. Z opowiadania żony wiadomo, że w pewnych okolicznościach, kiedy nie rozumie ona przekazu pana J. i prosi go o pokazanie rzeczy, o której mówi, pacjent używa następującego komentarza: *głupia baba, nie rozumie*. Takie zachowanie pacjenta mogłoby wskazywać na brak dostrzegania zaburzeń językowych w produkowanym przez siebie przekazie językowym. Niepełna świadomość dysfunkcji powoduje, że pacjent w sytuacji komunikacyjnej zachowuje się tak, jakby prowadził całkowicie poprawny dialog (Seniów 2009: 64).

Od pewnego czasu żona zaobserwowała także pewną powielaną przez męża czynność. Kiedy zbliżają się do mieszkania, pan J., idzie jako pierwszy i wystukuje kod do domofonu. Cyfry zostały utrwalone, tak, że można przyjąć, iż są nowym automatyzmem pacjenta. Obecnie w zachowaniu pacjenta obserwuje się adekwatność do sytuacji. Używa zwrotów grzecznościowych odpowiednich do sytuacji, np. wchodząc, czy wychodząc z zajęć, dziękując za podpowiedź w rozwiązywaniu zadań, czy za poświęcony mu czas. Podczas rozwiązywania zadań pan J. stał się osobą bardziej refleksyjną, która analizuje najpierw materiał, a potem zaczyna wykonywać zadanie. Pacjent zaczął dostrzegać swoje trudności w mówieniu oraz próbuje komentować ich zmienność w zależności od samopoczucia lub zmęczenia. Czasami przychodząc na terapię mówi: *dzisiaj nie jest tak dobrze; raz tak, a raz tak*. Umiejętności czytania i pisanie są zaburzone. Pan J. częściowo etykietuje materiał obrazkowy, ale czasami wykonuje zadania metodą prób i błędów. Samodzielne pisanie jest zaburzone, zachowana jest zdolność przepisywania. Całokształt opisywanych trudności wskazuje na głębokie zaburzenia języka i mowy o typie afazji czuciowej.

Studium przypadku II

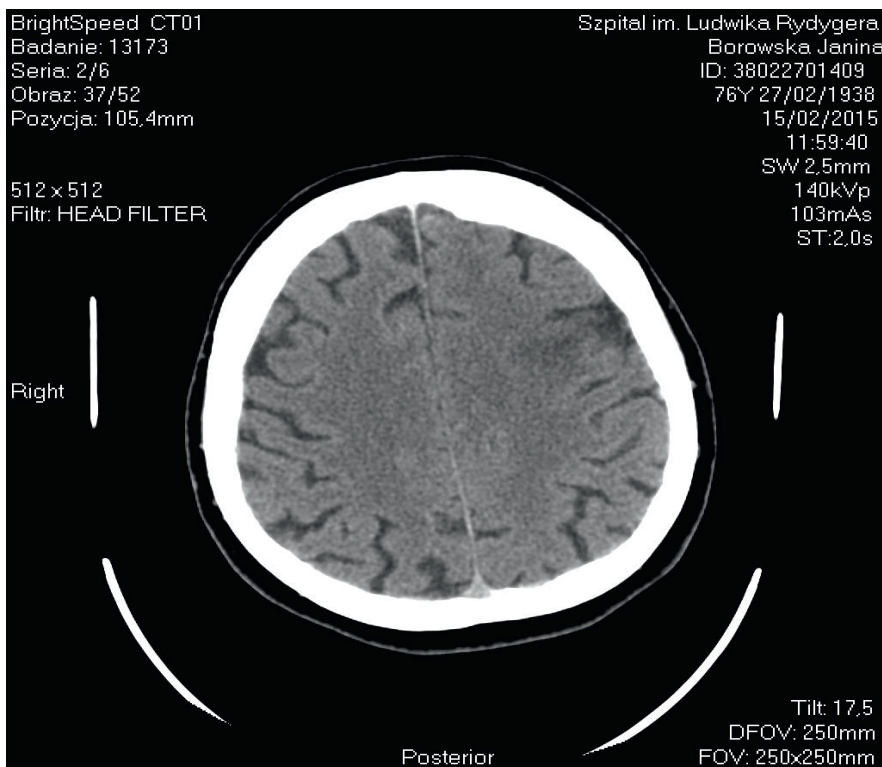
Dane z wywiadu

Pani B., 77 lat, doznała zawału lewej półkuli mózgu w 2015 roku. Chora leczona przewlekłe na nadciśnienie tętnicze. W dniu przyjęcia pacjentki na Oddział Neurologiczny wystąpiły zaburzenia mowy o typie afazji globalnej oraz niedowład prawostronny – mięśni mimicznych twarzy, średniego stopnia kończyny górnej oraz śladowy kończyny dolnej. Pierwsze badanie tomografii komputerowej głowy nie wykazało świeżego ogniska niedokrwiennego. Wówczas podano Actilyse³. Badanie kontrolne TK głowy wykazało hypodensję w korze lewego płata w okolicy czołowo-ciemieniowej oraz uciśnięcie lewej komory bocznej⁴.

3 Środek podawany w leczeniu trombolitycznym ostrego udaru niedokrwiennego. Leczenie musi być rozpoczęte możliwie jak najwcześniej do 4,5 godziny od wystąpienia udaru po wcześniejszym wykluczeniu krwawienia śródczaszkowego przy pomocy technik obrazowania (na podstawie ulotki dołączonej do leku).

4 Wynik TK głowy wskazuje na zaoszczędzenie płata skroniowego, który w dużej mierze odpowiada za rozumienie.

Ryc. 2. Zdjęcie TK (tomografii komputerowej) pani B. przedstawiające zmianę niedokrwienną.



Zdolność rozumienia i nadawania mowy

W czasie pobytu na oddziale pacjentka została poddana terapii logopedycznej. W karcie wypisowej odcytujemy informację – „wypowiada pojedyncze sylaby, kilka słów, duże zaburzenia rozumienia poleceń słownych”. W początkowym etapie terapii w zakresie wszystkich funkcji oznaczania – nazywania, powtarzania i rozumienia – obserwowano zaburzenia. Mowa pacjentki była niezrozumiała, a momentami niewyraźna. Pani B. miała zachowaną sprawność narządów artykulacyjnych, ale w mowie monologowej można było zauważyć, że nie wykonuje pełnych ruchów artykulacyjnych. Wizualne różnicowanie artykulacji poszczególnych głosek nie było w pełni możliwe. Pacjentka nie utrzymywała dłuższego kontaktu wzrokowego z rozmówcą i nie obserwowała twarzy oraz układu ust logopedy podczas terapii mowy. Wypowiedzi pacjentki przypominały salatę słowną. W wypowiedzi można było odnotować szereg odkształceń, typu perseweracji, kontaminacji, neologizmów, co jest charakterystyczne przy afazji czuciowej (Jodzio, Nyka 2008: 17).

Pacjentka podejmowała próbę realizacji automatyzmów, ale nie były one w pełni wykonywane. Zaburzenia obserwowano także w zakresie umiejętności czytania i pisania. Czytanie było całkowicie zaburzone, natomiast pisanie zachowane częściowo do przepisywania. Pismo było zmienione grafomotorycznie – pacjentka pisząc litery często je kilka razy poprawiała, zdarzały się substytucje i perseweraacje. Obecnie pani B. potrafi dokonać kategoryzacji w podstawowej leksyce, np. owoce – warzywa, kuchnia – łazienka, imiona żeńskie – męskie, itp. Pacjentka grafomotorycznie jest sprawniejsza, a pisane przez nią litery są większe i czytelne. Z reguły jest to jednak przepisywanie. Pisanie od siebie jest zaburzone. Pani B. nie pisze samodzielnych komunikatów. Potrafi napisać jedynie swoje imię, co można potraktować jako zachowany automatyzm. Obecnie mowa jest bardziej czytelna. Pojawiają się słowa adekwatne do wskazywanego materiału obrazkowego. W mowie spontanicznej obserwuje się nadal zaburzenia o typie żargonofazji, jednak jest możliwość wyodrębnienia wyrazów prawidłowych, a czasami nawet fraz, zwłaszcza gdy prowadzony dialog jest podparty kontekstem. Pani B. przy wykonywaniu zadań, które nie wymagają językowej reakcji, zawsze komentuje swój sposób działania w sposób niezrozumiały dla otoczenia. Często jej działanie jest szybkie i impulsywne. Pacjentka dość dobrze operuje podstawowymi działaniami arytmetycznymi. Potrafi połączyć cyfry z liczbą przedstawionych elementów. Zdarza się, że realizuje automatyzm liczenia bardzo poprawnie, a licząc większą ilość elementów, zaczyna liczyć co drugi. Werbalizuje wynik dodawania i odejmowania na prostych działaniach często nieprawidłowo, ale zapis jest poprawny. Mimo że badanie neuroobrazowania nie wykazało uszkodzenia okolicy skroniowej, to zaburzenia rozumienia u pani B. są duże.

Możliwości komunikacyjne i umiejętności porozumiewania się

Pan J. i pani B. zostali objęci terapią logopedyczną w przyszpitalnej poradni, gdzie raz w tygodniu uczestniczą w niej wspólnie. Jest to celowy zabieg wprowadzony po pewnym czasie indywidualnych terapii. Obserwuje się interakcje między pacjentami i możliwość wspólnego radzenia sobie z wykonywanymi zadaniami. W tym procesie komunikowania się można wyodrębnić: sytuacje, bodźce środowiskowe, mózgowo mechanizmy przetwarzania wypowiedzi i informacji (Koc-Kozłowiec 2005: 67). Zarówno pan. J., jak i pani B. nawiązują kontakt wzrokowy. Reagują na własne imiona i prośby o wysłuchanie komunikatów kierowanych do nich, bądź też wspieranych gestem. Próbuje w pewnym

stopniu przestrzegać „zasad wymiany”. Aby podtrzymać interakcję werbalną, starają się czasami powtórzyć zadawane pytanie, prośbę, bądź ich fragment. Czasami dopytują czy dobrze rozumieją kierowaną treść, wskazując lub obserwując reakcje interlokutora. Tematyka prowadzonych konwersacji jednak jest ograniczona do kontekstu sytuacyjnego, bądź tematycznego, który zostaje wprowadzony podczas terapii. Jeśli istnieje taka możliwość, to proponowane zadania są podparte gestem lub obrazkiem, przedstawiającym czynność, którą mieliby wykonać. Prowadzone działania terapeutyczne w obu przypadkach koncentrują się na następujących umiejętnościach:

- wykonywaniu podstawowych czynności życia codziennego;
- samodzielnych próbach porozumiewania się w naturalnych warunkach społecznych;
- kontroli emocji i zachowania;
- maksymalnym włączeniu chorego do dawnego życia;
- podejmowaniu właściwych decyzji;
- spędzaniu wolnego czasu;
- wykonywaniu przez chorego dawnej lub nowej aktywności.

Ze względu na duże zaburzenia rozumienia włączono ćwiczenia oparte na próbach komunikacji pozawerbalnej, których podstawą jest gest. Wykorzystuje się następujące gesty: powitania, pożegnania, czesania, mycia, nalewania herbaty, spania, wstawania, czytania, pisanie, grymasu wskazującego na ból lub niezadowolenie, itp. Pan J. i pani B. wydają się wówczas lepiej wchodzić w interakcje i podejmują dialog. Podczas dyskursów w używanym przez nich żargonie pojawiają się ciągi logiczne i poprawne pod względem gramatycznym wypowiedzi. Taką samą reakcją obserwuje się w trakcie wykorzystywania ćwiczeń bazujących na kontekście. Pacjenci wydają się lepiej komunikować i przekazywać własne zdanie. Kontekst buduje klarowność przekazu, stając się też nośnikiem znaczenia komunikatu. Innym rodzajem ćwiczeń usprawniających rozumienie jest dopowiadanie do zdań, które w przypadku tych pacjentów nie jest łatwe. Zdania muszą być proste, a także często wsparte materiałem obrazkowym. Wykorzystuje się wówczas ilustracje, zdjęcia, które mają przedstawiać np. osoby wykonujące określone czynności. Jednocześnie taki rodzaj ćwiczeń utrwała znaną leksykę o wysokiej frekwencji. Materiał obrazkowy pozwala także na naśladowanie przedstawionej czynności, co przekłada się na działanie pacjentów.

Innym rodzajem ćwiczeń, który koncentruje się na uruchamianiu mowy i rozumienia, jest automatyzm. Tutaj pacjenci na każdym etapie ćwiczeń starają się liczyć, nazywać dni tygodnia, miesiące, pory roku oraz śpiewać znane

piosenki (np. Sto lat, Szła dziewczeczka, Panie Janie, Cicha noc itp.). Muzyka pozwala zrozumieć też pole działania. Pacjenci zwykle nawet przy trudności realizacji słów piosenek zachowują ich linię melodyczną, rytm, które jako zdolności prawopółkulowe zwykle nie ulegają zakłóceniu w przypadku uszkodzeń lewej półkuli.

Nieodłącznym elementem terapii są ćwiczenia związane z kategoryzacją i szeregowaniem. Wykorzystuje się zarówno kategoryzację na materiale tematycznym, jak i aтематиycznym. Pacjenci z reguły wykonują zadania prawidłowo. Pan J. wypełnia tego typu ćwiczenia wolniej, natomiast pani B. impulsywniej. Zawsze jednak starają się skontrolować wzajemnie swoje rozwiązania, w razie konieczności czyniąc także korektę. Zachodząca interakcja komunikacyjna pozwala zachęcić pacjentów do podejmowania prób oraz motywuje do następnych działań.

Trudnym zadaniem dla pana J. i pani B. jest orientacja w przestrzeni i wokół własnego schematu ciała. Stąd wielokrotne próby w naśladowaniu gestów, a także podejmowanie prób grafomotorycznych, mających na celu naśladownictwo, rysowanie po śladzie, dorysowywanie połówek lub brakujących elementów na obrazku. W terapii wykorzystuje się ćwiczenia kształtujące analizę i syntezę wzrokową na materiale tematycznym i aтематиycznym. Są to zadania z uzupełnianiem zbiorów, wykluczaniem zbędnego elementu lub kontynuacją sekwencji oraz scalania pociętej fotografii. W tego rodzaju ćwiczeniach pan J. radzi sobie lepiej, starając się zachować ramę obrazka. Pani B. przejawia większe trudności w tego rodzaju zadaniach, nie analizuje tak szczegółowo poszczególnych elementów. Wymaga często nakierowania i wsparcia tekstowego, zwrócenia uwagi na znaczące elementy. Jednak w interakcji z panem J. próbuje naśladować jego działania. Takie odwzorowywanie działań jest przydatne także w nauce patrzenia na usta mówiącego. Odzwierciedla się to w lepszym rozumieniu kontekstowym przez pana J. Pani B. potrzebuje częściowej wsparcia tekstowego, powtórzenia i uproszczenia komunikatu.

Prowadzona terapia mowy w obu przypadkach nie ogranicza się tylko do ćwiczeń językowych, bowiem u podstaw lingwistycznych zdolności leży efektywne działanie i zachowanie, które warunkuje u pacjentów względną samodzielność oraz możliwość współdziałania w społeczeństwie (Seniów 2009: 71). Procedury realizacji komunikatu były dostosowane do możliwości komunikacyjnych pana J. i pani B. W przypadku osób afatycznych strategie komunikacyjne wyrównują językowe trudności i stają się ich aktywną postawą wobec języka w interakcjach społecznych (Panasiuk 2013: 689). Odwołując się do strategii konwersacyjnych Aleksego Awdiejewa (2005: 12–149), można przy-

jąc, że w próbach komunikacji podczas prowadzonej terapii wykorzystuje się ich cztery grupy:

- a) informacyjno-weryfikacyjną, której celem jest uzyskanie informacji posiadanej przez nadawcę. Jest to też ustalenie stopnia prawdziwości i pewności posiadania danej wiedzy. Tutaj zaliczamy m.in. akty mowy: wykluczanie, pewność, zaprzeczenie, przypuszczenie, potwierdzenie i pytanie. W praktyce podczas terapii z pacjentami z afazją czuciową wykorzystuje się często rodzaj pytań zamkniętych, które dotyczą ich stanu zdrowia, pogody lub otaczającej rzeczywistości w celu treningu rozumienia.
- b) aksjologiczno-emotywną, umożliwiającą wprowadzenie oraz uzgodnienie z partnerami opinii wartościującej co do faktów, sytuacji, zjawisk znanych nadawcy i odbiorcom. Taki rodzaj strategii pozwala zrealizować subiektywny i uczuciowy stosunek do przedstawianych faktów. Podczas terapii z panem J. i panią B. wykorzystywane są fotografie rodzinne oraz bloki tematyczne, których podstawą są ilustracje symbolizujące na przykład święta, porę roku lub zawód, który wcześniej wykonywali, czy ich zainteresowania. Stosuje się symboliczne ilustracje, które pokazują emocjonalny stosunek osób do przedstawionej sytuacji. Pacjenci często odnoszą takie emocje do własnej osoby, porównując siebie z osobami na fotografiach.
- c) behawioralną, która nakłania partnera do określonego działania lub przyjęcia stanowiska. Wykorzystywanymi aktami mowy są: żądanie, proponowanie, prośba, zgoda, obietnica. Każde działanie i nakłanianie do podjęcia aktywności podczas zajęć opiera się na tego rodzaju strategii. W kierowaniu poleceń do pacjentów z głęboką afazją czuciową stosuje się uproszczony komunikat, często operujący formą trybu rozkazującego, wspartego dodatkowo gestem (np. daj, pokaż, pisz, podziel, narysuj, policz itp.).
- d) metadyskursywną, która odnosi się do wszelkich działań werbalnych używanych w celu uściślenia i określenia przez interlokutorów przebiegu danej strategii podstawowej. Efektem takiego działania jest usprawnienie komunikacji, a tym samym dążenie do wykonania określonego zadania.

W praktyce każdy rodzaj konwersacji podczas terapii wykorzystuje kilka rodzajów strategii, ponieważ nigdy nie występują one w czystej formie. Użycie strategii komunikacyjnych daje większą możliwość w zrozumieniu komunikatu oraz ułatwia sposób porozumiewania się między pacjentami a terapeutą.

Podsumowanie

Przedstawione zaburzenia w przypadku afazji czuciowej wskazują na ogromne trudności w aktualizowaniu kompetencji językowej. Dotyczy to różnych podsystemów języka: składniowego, morfologicznego i fonetyczno-fonologicznego. Zaburzenia te jednak nie obejmują rozpoznawania społecznych, sytuacyjnych i pragmatycznych reguł komunikacji (Bury 2015: 153). To tutaj w interakcji ważnym czynnikiem staje się kontekst, którego wskazówki może nawet dostarczyć tekst patologiczny i sytuacja użycia języka (Panasiuk 2012: 338–339). W przypadku osób z afazją czuciową to rozumienie i tworzenie odbywa się w dużej mierze dzięki kontekstowi pozajęzykowemu, czyli sytuacyjnemu. Dzięki niemu zaczynają pojawiać się interakcje, a produkcja językowa, nawet ta patologiczna, może stać się zrozumiała dla odbiorcy. Funkcjonowanie osób z afazją czuciową w kontekście sytuacyjnym i podejmowanie prób odnalezienia się w nim wskazuje na zachowanie myślenia. Także w tym rodzaju afazji należałoby podkreślić, że zaburzenia mowy nie są jednoznaczne z zaburzeniami myślenia (Bradlińska 2010: 136–137). Dzięki temu stwierdzeniu możliwe jest działanie i oparcie terapii mowy osób z afazją czuciową na zachowaniu intencjonalnego funkcjonowania w komunikacji. Staje się ono wypadkową funkcji poznawczych i kompetencji językowej, a więc mowy i myślenia.

Bibliografia

- Awdiejew A. 2005, *Strategie komunikacyjne*, „Acta Universitatis Lodziensis. Folia Litteraria Polonica”, 7(2), s. 127–151.
- Bradlińska E. 2010, *Myślenie i mowa w zaburzeniach afatycznych*, „Nowa Logopedia”, 1, s. 135–147.
- Bury M. 2015, *Kompetencja komunikacyjna i sprawności komunikacyjne w afazji motoryczno-dynamicznej. Studium przypadku*, „Neurolingwistyka Praktyczna”, 1, s. 151–163.
- Grabias S. 1997, *Język w zachowaniach społecznych*, Lublin.
- Jodzio K., Nyka W.M. 2008, *Zaburzenia językowe oraz mowy w praktyce ogólnolekarskiej*, online: www.fmr.viamedica.pl (dostęp: 12.04.2016), s. 14–22.
- Koc-Kozłowiec B. 2005, *Komunikowanie się chorych z afazją po udarze mózgu*, „Udar Mózgu”, 7(2), s. 66–70.
- Panasiuk J. 2011, *Metodyka postępowania logopedycznego w przypadku afazji motorycznej kinestetycznej (afarentnej)*, „Biuletyn Logopedyczny PTL”, 1(25), s. 68–89.
- Panasiuk J. 2012, *Różnicowanie zaburzeń mowy po uszkodzeniach mózgu. Aplikacje diagnostyczno-terapeutyczne*, „Nowa Logopedia”, 3, s. 313–344.
- Panasiuk J. 2013, *Afazja a interakcja. Tekst – metatekst – kontekst*, Lublin.

Panasiuk J. 2014, *Neurobiologiczne podstawy mowy*, [w:] *Biomedyczne podstawy logopedii*, red. S. Milewski, J. Kuczkowski, K. Kaczorowska-Bray, Gdańsk, s. 359–409.

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

- Paulina Wójcik-Topór
Oddział Rehabilitacji Neurologicznej
z Pododdziałem Rehabilitacji Ogólnoustrojowej
Szpital Specjalistyczny im. dr J. Rydygiera w Krakowie