

KAMILA BIGOS

Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie
Katedra Logopedii i Językoznawstwa StosowanegoORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-9868-4580>

Dekodowanie intencji komunikacyjnych przez osoby z afazją

Decoding Communication Intentions by People with Aphasia

STRESZCZENIE

Każde zachowanie interakcyjne ma swój cel – w każdej wypowiedzi realizowane są bowiem intencje mówiącego. Ową umiejętność osiągania celu założonego przez nadawcę wypowiedzi Stanisław Grabias nazywa językową sprawnością pragmatyczną, zaznaczając, iż nie istnieje interakcja, która nie zawiera intencji. Rozumienie intencji komunikacyjnych staje się zatem niezwykle istotnym elementem skutecznej interakcji. W niniejszym artykule podjęto próbę oceny i analizy dekodowania owych intencji przez osoby, u których w wyniku uszkodzenia lewej półkuli mózgu rozpoznano afazję. Ocenie poddano rozumienie funkcji pragmatycznych zarówno przez osoby z afazją motoryczną, jak i pacjentów z rozpoznaniem afazji sensorycznej.

Słowa kluczowe: kompetencja komunikacyjna, funkcje pragmatyczne, afazja, rozumienie

SUMMARY

Each interactive behavior has its own goal – intentions of the speaker are realized in every statement. This ability to achieve the goal set by the speaker, Stanisław Grabias calls linguistic pragmatic competence, noting that there is no interaction that does not contain intention. Understanding communicative intentions thus becomes an extremely important element of effective interaction. This article attempts to evaluate and analyze the decoding of these intentions by people who have been diagnosed with aphasia as a result of damage to the left hemisphere of the brain. Both motor aphasia and sensory aphasia patients were evaluated for their understanding of pragmatic functions.

Key words: communication competence, pragmatic functions, aphasia, comprehension

WPROWADZENIE

Afazja¹ jest zaburzeniem mowy, które na przestrzeni lat stało się przedmiotem badań specjalistów reprezentujących różne dyscypliny naukowe. Jako zjawisko społeczne jest także istotnym i wciąż narastającym problemem społecznym ze względu na zwiększającą się populację ludzi, których dotyczy².

Większość badań, jakie prowadzono nad objawami nabytych w wyniku schorzeń neurologicznych objawów zaburzeń językowych koncentruje się jednak na opisie procesu budowania wypowiedzi. Tymczasem chorzy z afazją tracą sprawności związane nie tylko z użyciem języka (rozumieniem i tworzeniem wypowiedzi), ale także zdolność do realizowania innych czynności wymagających sprawnego posługiwania się językiem (pisanie, czytanie, liczenia, określania czasu i przestrzeni), a przy tym miewają również różnego rodzaju problemy lokomocyjne i manualne (związane z porażeniem lub niedowładem kończyn), zaburzenia czucia i planowania ruchu, recepcji i percepcji bodźców wzrokowych i słuchowych oraz deficyty pamięci i uwagi, na które nakładają się różnorodne problemy natury psychicznej (m.in. depresja i apatia, obniżona kontrola własnych zachowań, mniejsze zainteresowanie otoczeniem czy wzmożona męczliwość). W literaturze przedmiotu brakuje natomiast pełnej wiedzy na temat swoistych zaburzeń rozumienia wypowiedzi mówionych i pisanych w przypadkach afazji.

Rozumienie wypowiedzi, jako czynność prymarna wobec czynności mówienia, a – co za tym idzie – ją warunkująca, stało się istotnym problemem badawczym w logopedii. Wiadomo bowiem, że warunkiem skutecznej interakcji jest rozumienie komunikatów werbalnych i niewerbalnych, a czynność rozumienia ulega zaburzeniu w przypadku wielu zaburzeń mowy – zarówno u dzieci, jak i dorosłych. Ocena rozumienia staje się zatem jednym z podstawowych celów diagnozy logopedycznej, a w przypadku stwierdzenia zaburzeń tej czynności usprawnianie jej staje się pierwszym, nadrzędnym celem terapii logopedycznej.

W klasycznych podziałach zaburzeń afatycznych wyodrębnia się dwa typy afazji: sensoryczną i motoryczną, co zakłada rozłączność zaburzeń rozumienia i mówienia. Praktyka kliniczna dowodzi jednak, że trudności w rozumieniu wypowiedzi dotyczą wszystkich pacjentów z afazją, ale zakres i głębokość tych trudności są zróżnicowane. Dlatego podstawowym celem badań opisanych w ni-

¹ Z logopedycznego punktu widzenia najpełniej istotę afazji oddaje ujęcie Mariusza Maruszewskiego, który definiuje zaburzenie jako: „spowodowane organicznym uszkodzeniem odpowiednich struktur mózgowych częściowe lub całkowite zaburzenie mechanizmów programujących czynności mowy u człowieka, który już uprzednio opanował te czynności” (Maruszewski 1966, 98).

² Do najczęstszych jednostek chorobowych powodujących trudności językowe o typie afazji należą choroby naczyniowe mózgu (udary niedokrwienne i krwotoczne), urazy czaszkowo mózgowo oraz zmiany rozrostowe w obrębie mózgu.

niejszej pracy stał się opis sprawności w rozumieniu intencji komunikacyjnych, zarówno przez osoby z rozpoznaną afazją sensoryczną, jak też przez pacjentów z afazją motoryczną.

BADANIE ROZUMIENIA W UJĘCIU INTERAKCYJNYM

Proces logopedycznego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w przypadku osób, u których w wyniku organicznych uszkodzeń ośrodkowego układu nerwowego zlokalizowanych w tzw. obszarze mowy, u których wystąpiła afazja, winien uwzględniać nie tylko biologiczne i komunikacyjne uwarunkowania mowy, ale także znacznie szersze zjawiska dotyczące zachowań językowych, takie jak: poznawcza i emocjonalna interpretacja otaczającego świata i rzeczywistości, system przekonań i wartości danej jednostki, kontekstowe i sytuacyjne uwarunkowania konkretnych zachowań językowych etc. (Panasiuk 2013). Możliwość tak szerokiego ujęcia paradygmatu problemów dotyczących diagnozy i terapii logopedycznej daje, wprowadzone przez Stanisława Grabiasa, pojęcie interakcji, rozumianej jako: „[...] układ dwu przylegających do siebie procesów: procesu nadawania znaczeń zachowaniom ludzkim oraz procesu dostosowania własnych zachowań do zachowań członków grupy społecznej” (Grabias 2007, 358). Autor podkreśla, iż ów proces w warunkach normy biologicznej i społecznej dokonuje się tylko i wyłącznie poprzez język. Język w teorii interakcji jest wyznacznikiem poznania rzeczywistości – służy organizowaniu sensów w umysłach ludzkich, i organizowania przekazu – służy przekazywaniu znaczeń i wiedzy o świecie innym osobom. Obydwie funkcje języka (poznawcza i komunikacyjna) mogą się dopełniać i spełniać warunki skutecznej interakcji, jeśli spełnione zostaną następujące warunki:

1. warunek tożsamości zasobów wiedzy o sobie i o świecie, która jest wynikiem uczestnictwa w życiu społecznym, co odnosi się do doświadczeń rozmówców – im są one bliższe, tym bardziej skuteczna staje się interakcja między nimi;
2. warunek strukturalnej tożsamości wiedzy o sobie i o świecie, jaką zapewnia uczestnikom interakcji język etniczny, przez co osoby posługujące się tym samym językiem w podobny sposób strukturalizują wiedzę o rzeczywistości, którą język w sposób intersubiektywny kategoryzuje;
3. warunek tożsamości struktury i zasobów wiedzy na temat przedmiotu interakcji, co wyraża się poprzez wiedzę rozmówców o danym obiekcie czy zdarzeniu – im bardziej jest ona zbliżona, tym interakcja jest bardziej skuteczna;

4. warunek tożsamości wzorców przekazu i sposobów ich realizacji, co oznacza, iż skuteczna interakcja warunkowana jest poprzez znajomość wzorców interakcyjnych przyjętych w danej sytuacji społecznej oraz umiejętność ich realizacji w zachowaniach werbalnych i niewerbalnych, im realizacja zachowań interakcyjnych bliższa jest scenariuszom zachowań typowych, powszechnie uznawanych za wzorcowe, tym interakcja jest bardziej skuteczna (Grabias 2007).

Zgodnie z założeniem, że afazja jest zaburzeniem mowy, w którym zaburzone są czynności programowania wypowiedzi, nierozzerwalnie związane z językiem, powrócić należy do definicji mowy i zachowań językowych. Za „zachowania językowe” należy uznać dwa rodzaje zjawisk: cerebrację, czyli tzw. mowę wewnętrzną będącą reprezentacją wiedzy o rzeczywistości w umyśle człowieka i dotyczą pozabawionych dźwięku tekstów pomyślanych oraz komunikację językową przejawiającą się w mowie zewnętrznej, której wynikiem jest tekst w postaci dźwiękowej (wtórnie: graficznej lub gestowej) – ta forma zachowań językowych warunkuje proces skutecznego porozumiewania się w grupie społecznej (Grabias 2012). We współczesnej logopedii przyjmuje się, że mowa to „zespół czynności, jakie przy udziale języka wykonuje człowiek, poznając świat i przekazując jego interpretację innym uczestnikom życia społecznego”, co oznacza, że pełni ona trzy zasadnicze funkcje: poznawczą, komunikacyjną i socjalizacyjną (Grabias 2012). Powyższa definicja mowy w ujęciu interakcyjnym znacznie odbiega od ujęć powszechnych w tradycji terminologicznej, a co za tym idzie – wyznacza nowe kierunki w procesie diagnozowania i opisie zaburzeń mowy.

Diagnoza logopedyczna osób z afazją w ujęciu interakcyjnym zakłada zatem ocenę realizowania przez chorego trzech kategorii interakcyjnych: tekstu, metatekstu i kontekstu³ (Panasiuk 2013). Ocena tekstu dotyczy zatem rozumienia i intencjonalnego tworzenia struktur językowych. Ocena metatekstu polega na sprawdzeniu zdolności chorego do oceny przebiegu czynności językowych w pięciu kategoriach modalnych (pewność, przypuszczenie, nieokreśloność modalna, wątpliwość i wykluczenie). Poprzez ocenę powyższych kategorii interakcyjnych można wnioskować o tym, czy chory rozumie wypowiedzi słowne, ale ma pro-

³ Model opisu zaburzeń mowy w ujęciu interakcyjnym u osób z afazją zaproponowany przez Jolantę Panasiuk uwzględnia zdolność chorego do realizowania (nadawania i odbierania) poszczególnych kategorii interakcyjnych, rozumianych jako: **tekst**, czyli werbalny rezultat aktu komunikacji językowej, **metatekst**, czyli wykładnik wiedzy o inwentarzu znaków językowych oraz regułach łączenia ich w większe całości aktualizowanej w konkretnym akcie mówienia, pisania, czytania, jest to kontrola nad budowanym tekstem oraz **kontekst**, czyli wiedza rozmówców dotycząca zarówno uwarunkowań tekstowych (strukturalnie najbliższego otoczenia jednostek systemu językowego – słownego otoczenia wyrazu w tekście) oraz wiedza o kulturze, układach społecznych, sytuacji komunikacyjnej itp. (Panasiuk 2013).

blemy z tworzeniem poprawnego tekstu (adekwatnie/nieadekwatnie ocenia swoje trudności), czy też nie rozumie wypowiedzi słownych, a przy tym ma problemy także z tworzeniem poprawnego tekstu (adekwatnie/nieadekwatnie ocenia swoje trudności). Ocena kontekstu pozwala na szerokie spojrzenie na zachowania językowe chorego, związane z jego codziennym funkcjonowaniem. Adekwatne rozumienie kontekstu sytuacyjnego i/lub językowego jest jednym z istotnych czynników, które w znacznym stopniu usprawniają porozumiewanie się chorych z afazją (Panasiuk 2013).

Tylko tak szerokie ujęcie paradygmatu problemów, z jakimi na co dzień zmagają się pacjenci z afazją oraz ich wnikliwa ocena i analiza, pozwala wnioskować o ich poziomie trudności w rozumieniu wypowiedzi zarówno mówionych, jak i pisanych. Interakcja niejednokrotnie staje się bowiem jedynym zachowanym mechanizmem, który pozwala chorym z afazją skutecznie skomunikować się z otoczeniem, pomimo barier językowych.

ROZUMIENIE INTENCJI KOMUNIKACYJNEJ PRZEZ OSOBY Z AFAZJĄ

Wśród uwarunkowań wypowiedzi, jakie w obrębie kompetencji językowej wymienia Stanisław Grabias⁴, na szczególną uwagę w procesie badania rozumienia wypowiedzi przez osoby, u których w wyniku uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego rozpoznano afazję, zasługują te pragmatyczne, które wiążą się z intencją, jaką kieruje się nadawca w akcie komunikacji. Pragmatyczne uwarunkowania wypowiedzi zakładają bowiem, że każde zachowanie językowe determinowane jest przez jakiś zamiar lub pragnienie mówiącego (intencję). Realizację tychże intencji opisuje się w kategoriach czterech funkcji pragmatycznych:

1. funkcja informacyjna – „chcę, żebyś wiedział, że...”, realizowana przez akty mowy opisujące rzeczywistość, np. *To jest samochód*; w tej kategorii mieszczą się wypowiedzi, za pomocą których nadawca oznajmia o stanach rzeczy, zaprzecza im, potwierdza oznajmienia rozmówców lub prosi o uzupełnienie informacji czy rozstrzygnięcie alternatywy;
2. funkcja działania – „chcę, abym (abym) wykonał(a) działanie...”, realizowana przez akty wykonawcze, np. *Idziemy na spacer, Zrób kawę*; wypo-

⁴ Stanisław Grabias, w obrębie kompetencji komunikacyjnej, wyodrębnia trzy typy uwarunkowań: 1. sytuacyjne, czyli te najbardziej związane z sytuacją (np. rozmówcy, miejsce, czas rozmowy, liczba rozmówców, kanał przekazu informacji, gatunek wypowiedzi czy jej temat), 2. społeczne, warunkowane przez językowe role rozmówców oraz 3. pragmatyczne, które podyktowane są intencją komunikacyjną (Grabias 2019).

wiedzi charakteryzujące tę funkcję odnoszą się do oceny przez nadawcę realnych możliwości odbiorcy po to, by móc podjąć określone działanie, które może wynikać z woli nadawcy (prośba), woli zaniechania rozpoczętego działania (zakaz) bądź wyraźnego sprzeciwu nadawcy względem podejmowania działania (odmowa); odbiorca może, lecz nie musi podejmować chęci wykonania danego działania, a nadawca może, lecz nie musi posiadać sankcje, które obligowałyby odbiorcę do wykonania określonego działania, a samo działanie może przynieść korzyść nadawcy, odbiorcy lub obopólną;

3. funkcja modalna – realizowana przez akty wskazujące na realność zjawiska, np. „Jestem pewien, że...”, „Wątpię, że...”, „Wydaje mi się, że...”; modalność, wyrażana poprzez stosunek mówiącego do treści wypowiedzi bądź otaczającej go rzeczywistości, może przyjmować formę: pewności, przypuszczenia, wątpliwości lub wykluczenia;
4. funkcja emocjonalna – realizowana poprzez stany emocjonalne nadawcy, które zawsze obecne są w wypowiedzi i wyrażają jego stosunek do otaczającej rzeczywistości czy określają cechy jego osobowości; środki ekspresji ściśle podlegają uwarunkowaniom społecznym i sytuacyjnym, a w kontaktach interpersonalnych mogą być wyrażane, komunikowane lub objawiane przez nadawcę (Grabias 2019).

Współcześnie czynność rozumienia traktowana jest jako proces umysłowy związany z myśleniem, poznawaniem, a także językiem. Jego wykładnikami są rzeczy, zjawiska i mowa. Psychologia definiuje rozumienie jako dążenie (poprzez językowe informacje zawarte w tekście) do stworzenia przez odbiorcę jego umysłowej reprezentacji (Polkowska 1993). Danuta Kądziaława tłumaczy operację tworzenia umysłowej reprezentacji tekstu poprzez zdolność przetwarzania zawartej w nim informacji lingwistycznej z wykorzystaniem jego kontekstu językowego, fizycznego i społecznego, przy udziale wiedzy o świecie odbiorcy, co w efekcie stanowi jeden z elementów zintegrowanego doświadczenia człowieka (Kądziaława 1983).

Celem badań przytoczonych w niniejszym artykule jest zatem ocena czynności rozumienia funkcji pragmatycznych przez osoby, u których w wyniku ogniskowych uszkodzeń mózgu w obrębie obszaru mowy (zwykle środkowej części lewej półkuli u osób praworęcznych) wystąpiła afazja – zarówno motoryczna, jak i sensoryczna. Ponadto badanie poszczególnych funkcji przeprowadzono w odniesieniu do wypowiedzi mówionych, pisanych i podawanych jednocześnie w subkodie mówionym i pisanim.

CHARAKTERYSTYKA BADANYCH

Badaniu poddano 20 pacjentów, u których w wyniku przebytych chorób neurologicznych, których skutkiem były ogniskowe uszkodzenia mózgu w obrębie lewej półkuli (dominującej), zdiagnozowano afazję.

Wśród badanych znalazło się jedenaście kobiet i dziewięciu mężczyzn w wieku od 40 do 65 lat – najmłodsza badana miała 41 lat, a najstarsi 65. Największa część badanych (dziesięć osób) to osoby w wieku 60–65 lat. Większa część (13 osób) to pacjenci mieszkający w mieście. W grupie znalazła się jedna osoba z wykształceniem podstawowym, sześć osób z wykształceniem zawodowym, sześć z wykształceniem średnim i siedem z wykształceniem wyższym. Dokładną charakterystykę badanych przedstawiono za pomocą tabeli 1.

Tabela 1. Charakterystyka społeczna badanych pacjentów z afazją

Zmienne społeczne	Dane ilościowe	
	w liczbach	w procentach
Płeć:		
Kobiety	11	55%
Mężczyźni	9	45%
Razem	20	100%
Wiek:		
40–45 lat	1	5%
46–50 lat	1	5%
51–55 lat	4	20%
56–60 lat	4	20%
61–65 lat	10	50%
Razem	20	100%
Miejsce zamieszkania:		
Miasto	13	65%
Wieś	7	35%
Razem	20	100%
Wykształcenie		
Podstawowe	1	5%
Zawodowe	6	30%
Średnie	6	30%
Wyższe	7	35%
Razem	20	100%

Źródło: opracowanie własne.

Najistotniejszym czynnikiem doboru grup stała się charakterystyka kliniczna pacjentów. Wśród badanych znalazło się dziesięć osób z rozpoznaniem afazji motorycznej oraz dziesięć osób, u których zdiagnozowano afazję sensoryczną. U zdecydowanej większości pacjentów (17 osób), afazję stwierdzono na skutek udaru niedokrwiennego, zaledwie u trzech osób – jako skutek udaru krwotocznego (pęknięty tętniak). U piętnastu badanych zdiagnozowano w przeszłości także inne choroby somatyczne – najczęściej choroby układu krążenia, np.: nadciśnienie tętnicze, zaburzenia rytmu serca, zawał mięśnia sercowego, zylaki.

PROCEDURA BADANIA I NARZĘDZIE BADAWCZE

Badania przeprowadzono wśród pacjentów oddziałów neurologicznych, podarowych i rehabilitacyjnych, każde z nich obejmowało:

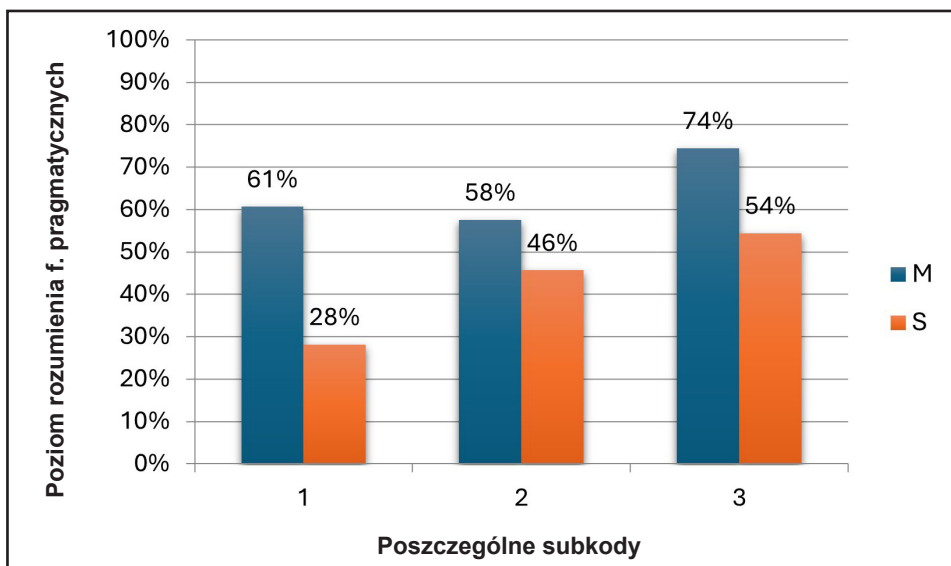
- I. Wywiad z pacjentem i członkami jego rodziny, a także z personelem medycznym i osobami mającymi kontakt z chorym w szpitalu, w wyniku którego ustalono dane na temat pacjenta (tj.: wiek, wykształcenie, zawód, zainteresowania, struktura rodziny, stan sprawności językowych i komunikacyjnych przed zachorowaniem, dynamika zaburzeń językowych i komunikacyjnych po incydencie neurologicznym);
- II. Analizę dokumentacji klinicznej i wyników badań specjalistycznych;
- III. Badanie logopedyczne według procedury badania mowy⁵, które pozwoliło wyeliminować możliwość występowania innych zaburzeń mowy o podłożu neurogenym (dyzartrii), wskazało sposób, w jaki chory nawiązuje kontakt (werbalny i niewerbalny), a także stan sprawności językowych i komunikacyjnych oraz sposób funkcjonowania w interakcjach z otoczeniem;
- IV. Ocenę czynności rozumienia wypowiedzi (mówionych i pisanych) opartą na metodach eksperymentalno-klinicznych, która zawiera autorskie próby dotyczące:
 1. Rozumienia funkcji pragmatycznych wypowiedzi mówionych:
 - a) funkcji informacyjnej,
 - b) funkcji działania,
 - c) funkcji modalnej,
 - d) funkcji emocjonalnej;
 2. Rozumienia funkcji pragmatycznych wypowiedzi pisanych:
 - a) funkcji informacyjnej,
 - b) funkcji działania,

⁵ Procedurę badania mowy dla osób chorych neurologicznie zaproponowała J. Panasiuk (Panasiuk 2013).

- c) funkcji modalnej,
 - d) funkcji emocjonalnej;
3. Rozumienia funkcji pragmatycznych wypowiedzi podawanych jednocześnie w subkodzie mówionym i pisany:
- a) funkcji informacyjnej,
 - b) funkcji działania,
 - c) funkcji modalnej,
 - d) funkcji emocjonalnej.

WYNIKI BADAŃ

Poniżej przedstawiono podsumowanie analizy rozumienia funkcji pragmatycznych w subkodzie mówionym i pisany przez pacjentów z rozpoznaniem afazji motorycznej (G1) i sensorycznej (G2), jakiego dokonano na podstawie oceny tej czynności w oparciu o uzyskane odpowiedzi na zadane pytania do tekstu.



Wykres 1. Porównanie wyników badania rozpoznawania funkcji pragmatycznych wypowiedzi w poszczególnych subkodach

Źródło: opracowanie własne.

M – pacjenci z afazją motoryczną

S – pacjenci z afazją sensoryczną

1 – poziom rozumienia funkcji pragmatycznych wypowiedzi w subkodzie mówionym

2 – poziom rozumienia funkcji pragmatycznych wypowiedzi w subkodzie pisany

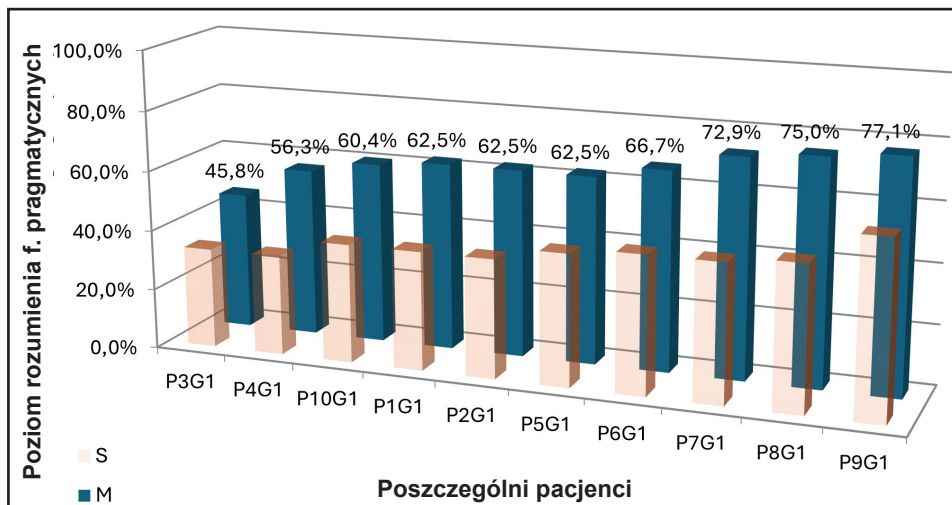
3 – poziom rozumienia funkcji pragmatycznych wypowiedzi prezentowanych jednocześnie w subkodzie mówionym i pisany

Za pomocą powyższego wykresu przedstawiono różnice w percepcji funkcji pragmatycznych wypowiedzi 1. mówionych, 2. pisanych oraz 3. podawanych jednocześnie w subkodzie mówionym i pisanym u pacjentów z poszczególnymi typami afazji. Na podstawie analizy zebranego materiału empirycznego stwierdzono, że zaburzenia rozumienia funkcji pragmatycznych wypowiedzi (niezależnie od sposobu prezentacji) występują w przypadku obu badanych grup pacjentów. Ponadto wyższy poziom rozumienia wypowiedzi odnotowano u pacjentów, u których stwierdzono zaburzenia afatyczne o typie motorycznym (średnia dla badanych funkcji wynosi w tej grupie 64,2%) niż u badanych z diagnozą afazji sensorycznej (średnia dla badanych funkcji wynosi 42,7%). Zauważano także, że pacjenci, u których zdiagnozowano afazję motoryczną, lepiej radzą sobie z odbiorem wypowiedzi mówionych (wynik za poziomie 61%), czyli wówczas, gdy tekst jest czytany przez badającego, niż w przypadku, kiedy ich zadaniem jest samodzielne przeczytanie tekstu – wynik rozpoznawania funkcji pragmatycznych wypowiedzi w subkodzie pisanym oceniono na poziomie 58%. Wynika to przede wszystkim z faktu, że – podczas czynności czytania – u tej grupy pacjentów występują liczne paragrafie (literowe i wyrazowe), co zaburza zrozumienie czytanych treści. Odwrotną zależność zaobserwowano natomiast wśród badanych z rozpoznaniem afazji sensorycznej. W tej grupie wyżej oceniono rozumienie funkcji pragmatycznych wypowiedzi w subkodzie pisanym (46%) niż w przypadku tekstów prezentowanych w subkodzie mówionym (28%), co warunkowane jest prawdopodobnie lokalizacją uszkodzenia mózgu, z której wynikają zaburzenia rozumienia wypowiedzi mówionych, przy względnie zachowanej możliwości odbioru treści zapisanych (por. Konorski 1961). W obu grupach badanych najwyższy poziom rozumienia badanych funkcji odnotowano w przypadku prezentowania tekstu jednocześnie w subkodzie mówionym i pisanym (74% zrozumienia w przypadku pacjentów z afazją motoryczną i 54% u pacjentów z afazją sensoryczną), co determinowane jest wsparciem badanego przez badającego – werbalnym: pacjent widzi czytany tekst i pozawerbalnym: gesty, mimika etc.

Można stwierdzić zatem, że najwyższy poziom komunikacji, a co za tym idzie proces skutecznego porozumiewania się z osobą z afazją, implikowany jest wielokanałowym przekazem informacji opierającym się na wzajemnej interakcji.

Poniżej zamieszczono wykresy przedstawiające poziomy rozumienia funkcji pragmatycznych wypowiedzi przez poszczególnych pacjentów. Za pomocą wykresu 2. zaprezentowano dane dotyczące badanych z rozpoznaniem afazji motorycznej (dla których tłem, celem porównania, są dane dotyczące pacjentów z afazją sensoryczną), natomiast wykres 3. przedstawia wyniki badań pacjentów z afazją sensoryczną (dla których tłem są dane dotyczące badanych z afazją

motoryczną). W obu przypadkach pacjentów uporządkowano według kategorii narastania zaburzeń rozumienia.

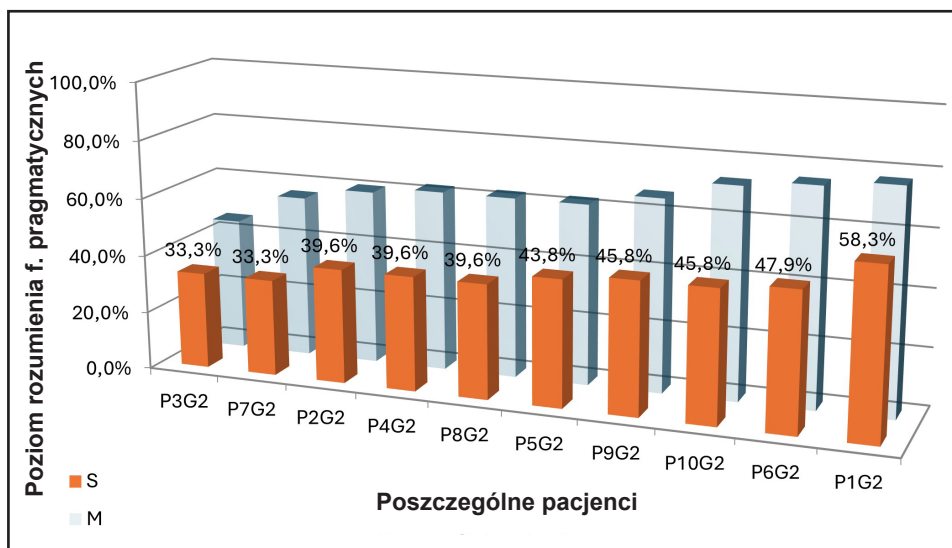


Wykres 2. Rozumienie funkcji pragmatycznych przez pacjentów z afazją motoryczną

Źródło: opracowanie własne.

S – pacjenci z afazją sensoryczną

M – pacjenci z afazją motoryczną



Wykres 3. Rozumienie funkcji pragmatycznych przez pacjentów z afazją sensoryczną

Źródło: opracowanie własne.

S – pacjenci z afazją sensoryczną

M – pacjenci z afazją motoryczną

Analiza zebranego materiału empirycznego pozwala wnioskować, że u pacjentów z rozpoznaniem afazji motorycznej także obserwowane są zaburzenia rozumienia. Powyższy wykres wskazuje, że najniższy poziom rozpoznawania funkcji pragmatycznych wypowiedzi w tej grupie zanotowano u Pacjenta 3. (P3G1) i wynosi zaledwie 45,8%, natomiast najwyższy – 77,1%, odnotowano u Pacjenta 9. (P9G1). Wśród badanych, u których zdiagnozowano afazję sensoryczną, najniższy wynik rozumienia funkcji pragmatycznych odnotowano u Pacjenta 3. (P3G2) na poziomie 33,3%, natomiast najwyższy – u Pacjenta 1. (P1G2), na poziomie 58,3%. Zestawienie obu grup badanych (G1 i G2) pozwala zauważyć zatem, że choć zaburzenia rozumienia znacznie dominują wśród pacjentów z afazją sensoryczną, to w grupie 1. znalazły się osoby (P3G1 i P4G1), które osiągnęły niższe wyniki niż badani z afazją sensoryczną, u których odnotowano najwyższy poziom rozumienia (58,3%).

PODSUMOWANIE I WNIOSKI

Dotychczasowy pogląd, że afazja motoryczna to zaburzenia czynności w sferze ekspresyjnej polegające na trudnościach w budowaniu wypowiedzi przy względnie zachowanej czynności rozumienia wynika najprawdopodobniej z dość pobieżnie traktowanej procedury diagnostycznej. Najczęściej stosowane procedury badania skupiają się bowiem na ilościowej ocenie rozpoznawania odrębnych jednostek i kategorii językowych bez uwzględnienia bezpośredniego kontaktu, wnikliwej obserwacji oraz rozmowy opartych na interakcji z pacjentem, podczas których obserwuje się jego aktualny poziom funkcjonowania wynikający najczęściej z zachowań niewerbalnych.

Ponadto tylko długotrwała obserwacja i interakcja z pacjentem oparta na wzajemnej relacji, poznanie jego doświadczeń, możliwości i mechanizmów kompensacyjnych, warunkują zrozumienie jego barier i trudności. Należy pamiętać zatem, że w diagnozie zaburzeń mowy o typie afazji dominować winno przede wszystkim podejście jakościowe, które implikuje właściwe rozpoznanie deficytów, ocenę poziomu funkcjonowania, a dalej – opracowanie indywidualnego programu terapii w odniesieniu do odpowiedniego standardu postępowania.

BIBLIOGRAFIA

- Bigos K., 2019, *Badanie rozumienia wypowiedzi w afazji – propozycja metodologiczna*, „Logopedia”, t. 48–2.
- Bigos K., 2020, *Dynamika ustępowania zaburzeń afatycznych u chorego po udarze mózgu*, „Logopedia Silesiana” t. 9.

- Bigos K., 2022, *Zaburzenia rozumienia wypowiedzi w afazji motorycznej i sensorycznej. Analiza porównawcza*, [w:] *Neurologopedia w teorii i praktyce*, red. K. Bigos, t. 3, Siedlce.
- Grabias S., 2001, 2003, 2019, *Język w zachowaniach społecznych*, Lublin.
- Grabias S., 2007, *Język, poznanie, interakcja*, [w:] *Mowa. Teoria – praktyka*, t. 2: *Język, interakcja, zaburzenia mowy. Metodologia badań*, red. T. Woźniak, A. Domagała, Lublin, s. 355–376.
- Grabias S., 1997, *Mowa i jej zaburzenia*, Lublin.
- Grabias S., 2012, *Teoria zaburzeń mowy. Perspektywy badań, typologie zaburzeń, procedury postępowania logopedycznego*, [w:] *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*, red. S. Grabias, M. Kurkowski, Lublin 2012, s. 15–72.
- Kądziaława D., 1993, *Afazja*, [w:] *Diagnoza i terapia zaburzeń mowy*, red. T. Gałkowski, Z. Tarkowski, T. Zaleski, Lublin, s. 69–78.
- Kądziaława D., 1983, *Czynność rozumienia mowy. Analiza neuropsychologiczna*, Wrocław.
- Kądziaława D., 1997, *Zaburzenia językowe po uszkodzeniach podkorowych mózgu*, [w:] *Związek mózg-zachowanie w ujęciu neuropsychologii klinicznej*, red. A. Herzyk, D. Kądziaława, Lublin, s. 111–155.
- Konorski J., 1961, *Analiza patofizjologiczna różnych rodzajów zaburzeń mowy i próba ich klasyfikacji*, „Rozprawy Wydziału Nauk Medycznych”, 2, s. 9–32.
- Konorski J., 1969, *Integracyjna działalność mózgu*, Warszawa.
- Łuria A., 1976, *Podstawy neuropsychologii*, Warszawa.
- Łuria A., 1967, *Zaburzenia wyższych czynności korowych wskutek ogniskowych uszkodzeń mózgu*, Warszawa.
- Łuria A., 1976, *Problemy neuropsychologii i neurolingwistyki*, Warszawa.
- Maruszewski M., 1966, *Afazja. Zagadnienia teorii i terapii*, Warszawa.
- Obuchowski K., 1982, *Kody orientacji i struktura procesów emocjonalnych*, Warszawa.
- Panasiuk J., 2013, *Afazja a interakcja. TEKST – metaTEKST – konTEKST*, Lublin.
- Panasiuk J., Woźniak T., 2002, *Pojęcie tekstu a zaburzenia mowy*, [w:] *Zaburzenia mowy. Mowa. Teoria. Praktyka*, t. 1. red. S. Grabias, Lublin, s. 108–132.