

MARIA MIELNIK

**OBSERWACJA POSTĘPÓW REHABILITACJI LOGOPEDYCZNEJ
PACJENTKI Z AFAZJĄ POURAZOWĄ NA PRZESTRZENI 10 LAT.
OPIS PRZYPADKU**

**THE OBSERVATION OF LOGOPAEDIC REHABILITATIONS PROGRESS
OF THE PATIENT WITH POST-TRAUMATIC APHASIA DURING
LAST TEN YEARS. CASE STUDY**

Zakład Zarządzania w Pielęgniarstwie Katedry Pielęgniarstwa
Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego
kierownik: dr n. med. Aleksandra Gaworska-Krzemińska

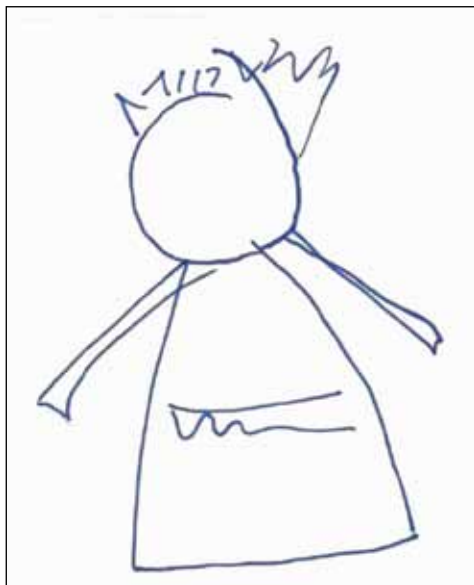
Praca ma na celu przedstawienie pacjentki z afazją pourazową, która powstała w 2011 r. Początkowo dominowały objawy transkorowej afazji sensorycznej (TSA), które później ustąpiły miejsca zaburzeniom mowy o charakterze afazji amnestycznej z aleksją bez agrafii. Współpraca z logopedą doprowadziła do znacznej poprawy stanu chorej, który pozwala jej na swobodną komunikację w codziennym życiu.

Afazjologia jest dziedziną interdyscyplinarną, którą zajmują się neurologrzy, pedagodzy, neuropsycholodzy, neurolingwiści i logopedzi. W związku z tym istnieją problemy z jednolitą definicją tego zjawiska. Dodatkowo sprawę komplikuje fakt, iż zjawisko zaburzeń mowy i języka, które występują w następstwie uszkodzenia mózgu, nie daje jednolitego obrazu [5]. Dlatego powszechnie znane stwierdzenie M.Taylor-Sarno „Different aphasia for different people – różna afazja dla różnych ludzi” w pełni oddaje istotę tego zagadnienia [6]. Można przyjąć za M. Pąchalską, że afazja to nabyte zaburzenie lub utrata zdolności językowego porozumiewania się w następstwie różnego rodzaju organicznych uszkodzeń strategicznego dla mowy obszaru mózgu [5].

W swojej pracy omówię przypadek pacjentki z afazją pourazową, która jest wynikiem wypadku komunikacyjnego. Pani G.D. jak w większości podobnych przypadków, do tej pory nie pamięta okoliczności tego zajścia. Była kierowcą i uderzyła samochodem w drzewo od strony pasażera. Miało to miejsce 22.07.2001 r. Nieprzytomną, wówczas 45-letnią poszkodowaną przewieziono na Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Słupsku. Stwierdzono uraz wielonarządowy, uraz czaszkowo-mózgowy, stłuczenie mózgu, złamanie kości podstawy czaszki. Wymienionym

objawom towarzyszyło stłuczenie klatki piersiowej, krwiak jamy opłucnowej oraz rana szarpana prawego przedramienia. Badanie TK głowy (22.07.2001 r.) wykazało ognisko stłuczenia tkanki mózgowej w strukturach korowo-podkorowych lewego płata potylicznego i ciemieniowego. Na tej samej wysokości był krwiak. Stwierdzono również złamanie skrzydła większego prawej kości klinowej. Pacjentka odzyskała świadomość po przeniesieniu do Kliniki Chirurgii Urazowej Akademii Medycznej w Gdańsku. Tam też 29.08.2001 r. rozpoczęła terapię logopedyczną.

Na początku pracy z chorym trudno ustalić prawdziwy obraz afazji pourazowej, gdyż jej obraz jest bardzo zmienny. Bywa, że u pacjentów, u których początkowo stwierdzono ten rodzaj zaburzeń, objawy mogą być krótkotrwałe i wycofują się spontanicznie [6]. Największą trudność w kontakcie z panią G.D. był zaburzony kontakt logiczny. Odpowiedzi rozmięły się z pytaniami, np.: Jak się pani nazywa? – To jest taka szkoła. Czy może Pani podać w przybliżeniu dzisiejszą datę? – Data musiała spać dodatkowo. Na prośbę wymienienia dni tygodni, chora powiedziała, że „dni tygodnia to są ludzie, którzy wiedzą o mnie”. Pacjentka pracowała w firmie polsko-chińskiej, skończyła dwuletnią pomaturalną szkołę ekonomiczną. Do tej pory nie potrafi określić, czym dokładnie się tam zajmowała, ale pamięta wygląd swojego miejsca pracy. Przy naszym pierwszym spotkaniu ciągle mówiła o psie, prawdopodobnie była to parafazja, czyli zastępowanie jednego wyrazu innym. Pokazując zdjęcia, które przyniosła jej rodzina, mówiła: To jest taki pies, który ze mną pracował. Nie orientowała się, do czego służą poszczególne przedmioty. Na przykład nie potrafiła obsłużyć telefonu komórkowego, ponieważ nie wiedziała, co to jest. Terapia na Oddziale Chirurgii Urazowej trwała zaledwie 5 dni do 4.09.2001 r. Udało się zaobserwować zaburzenia rozumienia przy zachowanym powtarzaniu (nawet struktur złożonych) i płynnej mowie spontanicznej, w której nie było żadnych zniekształceń artykulacyjnych i neologizmów. Wymienione dysfunkcje sugerowały wystąpienie transkoryowej afazji sensorycznej, opisywanej w literaturze jako transcortical sensory aphasia (TSA), która charakteryzuje się właśnie zaburzeniem mowy przy zachowaniu powtarzaniu i dotyczy w większości przypadków uszkodzenia tylnych rejonów mózgu [1]. W związku z tymi



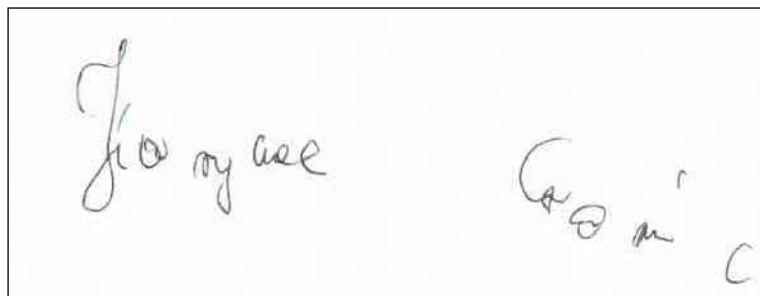
Ryc.1 Próba narysowania psa z pamięci
(30.08.2001)

Fig. 1. Attempt at drawing a dog from memory
(30.08.2001)

zaburzeniami (rozumienie mowy było częściowo zachowane) chora nie była w stanie prawidłowo narysować przedmiotów z pamięci, co ilustruje rycina 1. Rysunek miał przedstawiać psa. Natomiast rycina 2 pokazuje próbę napisania własnego imienia i nazwiska.

W mojej wieloletniej praktyce zauważyłam, że pacjenci często nie pamiętają imion bliskich osób, ale są w stanie wymienić imię psa czy kota. Pani G.D. również tylko pamiętała imię swojego psa. Kolejnym etapem rehabilitacji był pobyt na oddziale Neurologii i Rehabilitacji Szpitala Specjalistycznego w Kościerzynie, gdzie chora miała zapewnioną terapię logopedyczną i psychologiczną. Potem, od 18.10.2001 r. rozpoczęła ćwiczenia w Zakładzie Rehabilitacji ACK w Gdańsku. W porównaniu ze stanem z końca sierpnia, nastąpiła znaczna poprawa w zakresie rozumienia mowy. Na jaw wyszły kłopoty w orientacji w schemacie ciała, zaburzenia nazywania (anomii) oraz aleksja bez agrafii. Z obserwacji własnych wynika, że większość pacjentów bez względu na etiologię i lokalizację uszkodzenia przejawia trudności w pokazywaniu i nazywaniu części własnego ciała. Często spotyka się to z brakiem zrozumienia ze strony członków rodziny („przecież prowadziłeś zajęcia ze studentami, a teraz nie wiesz, gdzie jest głowa?”). Wytlumaczenie im istoty tych zaburzeń jest osobnym zagadnieniem pracy terapeuty. W wielu przypadkach chory z afazją jest traktowany jak dziecko, które rozpoczyna naukę w szkole i „musi się uczyć wszystkiego od początku”. Oczywiście jest to błędne podejście. W wypadku pani G.D. rodzina nie ingerowała w przebieg terapii. Pacjentka przed urazem mózgu była wysportowaną, zdrową osobą. Biegła знаła w mowie i piśmie język niemiecki oraz angielski. Po wypadku straciła te umiejętności. Najwięcej kłopotu sprawiało jej nazywanie przedmiotów, co jest objawem afazji amnestycznej (anomii). Pacjent nie może podać „wprost” odpowiedniej nazwy, często opisuje desygnat lub pojęcie, którego nie może nazwać. Jest to tzw. peryfrazja [3, 5]. Chora na przykład mówiła: na kubek – ja to wiem, z tego się pije... mam przecież w kuchni takie badziewko z Ikei; na czapkę – to się ubiera, kiedy jest zimno, ale to nie jest szalik. Bardzo pomogło ponaklejanie karteczek z napisami przedmiotów w całym mieszkaniu. Pani G.D. uczyła się tych nazw na pamięć po kolei w zależności od pomieszczenia. Na przykład gdy miała nazwać szafę – wymieniała wszystkie przedmioty w swoim pokoju, aż doszła do tego właściwego.

Osobnym zagadnieniem jest wystąpienie aleksji bez agrafii, zwanej też czystą aleksją lub aleksją tylną. Charakteryzuje się ona niezdolnością do czytania przy zachowanej zdolności pisania. Chorzy nie są w stanie przeczytać uprzednio napisanego przez siebie tekstu. Około 60% pacjentom towarzyszy anomia kolorów oraz jednoimienne ubytki w polu widzenia [2, 7].



Ryc. 2. Próba napisania własnego imienia i nazwiska (30.08.2001)

Fig. 2. Patient's attempt to write her name and surname (30.08.2001)

Czytając tekst, pani G.D często mówiła: ja tego nie widzę na końcu (tj. z prawej strony). W pierwszym okresie terapii po przeczytaniu krótkiego zdania chora nie pamiętała, co było na początku. Pisanie było zachowane, ale pacjentka niekiedy pisała z błędami ortograficznymi, co wynikało z tego, że pisała tak, jak słyszała (fonetycznie). Badając pacjenta, prosi się o narysowanie kilku przedmiotów. W „Zestawie prób do badania procesów poznawczych u pacjentów z uszkodzeniami mózgu” W. Łuckiego są to: koło, trójkąt, twarz, domek i sześcian (klocek). Chora nie była w stanie narysować koła, pytała: – Co to znaczy koło? Rysowanie figur geometrycznych stanowi większą trudność, niż np. domku. Ale największy kłopot sprawia bryła, jaką jest sześcian. Pacjenci przeważnie rysują sześciokąty lub gwiazdki. W przeciągu 14 lat pracy z chorymi, tylko siedmiu było w stanie prawidłowo odwzorować „klocek”, w tym trzech było absolwentami politechniki.

Często też dochodziło u pani G.D. do dysocjacji między brzmieniem i znaczeniem słowa. Potrafiła powtórzyć i zapisać nazwę przedmiotu, ale nie wiedziała, do czego on służy. Niejednokrotnie chorzy opisują swoje odczucia takimi słowami: „to mi się rozjechało” (brzmienie i znaczenie). Po pewnym czasie zazwyczaj wszystko wraca do normy.

Powodzenie terapii logopedycznej w największym stopniu zależy od motywacji i współpracy z terapeutą. Pacjentka zawsze chętnie współpracowała, nie przeszkadzały jej wyjątkowo niekorzystne warunki lokalowe w pierwszym etapie rehabilitacji. Nigdy też nie przejawiała stanów depresyjnych. Po roku od wypadku zdiagnozowano padaczkę pourazową. Po około dwóch latach ćwiczeń, nastąpiła poprawa w zakresie aktualizacji nazw i orientacji w schemacie ciała. Z czasem zaczęto wprowadzać coraz trudniejsze zadania logiczne, pamięciowe i językowe. Chora odzyskała też poczucie humoru, co należy traktować jako bardzo korzystny objaw, ponieważ dotyczy wyższych funkcji językowych, takich jak rozumienie metafor czy przysłów. Oto przykład tekstu (pierwsze zdanie było podane), który pani G.D. samodzielnie dokończyła: „Julian czekał już czwartą godzinę pod gabinetem kardiologa i nic nie wskazywał ona to, że kolejka ruszy do przodu. Wstał i już chciał wyjść, ale niestety, źle się poczuł i upadł na kafelki. Ludzie zaczęli krzyżeć razem z pielęgniarką. Pielęgniarka krzychała głośnie, bo kawa jej stygła. Julian też zaczął stygnąć”. Regularna terapia logopedyczna trwała do 2010 roku. Po likwidacji Zakładu Rehabilitacji pacjentka odpłatnie kontynuuje ćwiczenia raz na kilka tygodni, ponieważ zmniejszono wymiar godzin pracy logopedy do minimum. Kontakt z logopedą pozwala utrzymać to, co do tej pory osiągnięto poprzez żmudną pracę obu stron.

Stan pani G.D. po latach terapii wygląda następująco: pacjentka komunikuje się bez problemów i daje sobie radę w codziennym życiu. Utrzymują się zaburzenia w nazywaniu przedmiotów. Objawy aleksji bez agrafii nie są już tak widoczne jak na początku ćwiczeń, niekiedy dochodzi do zaburzeń wyobrażeń wzrokowych [4] (w 2011 r. w trakcie zajęć ze studentami Fizjoterapii Wydziału Nauk o Zdrowiu GUMed, na pytanie, jak wygląda ptak, chora odpowiedziała, że ma cztery nogi, pysk i jest pokryty sierścią). Podobnie jak wszyscy moi pacjenci z afazją o różnej etiologii, pacjentka nie jest w stanie nauczyć się na pamięć nawet krótkiego wiersza, którego wcześniej nie znała. Transkorowa afazja sensoryczna przekształciła się w anomię (afazję amnestyczną) z aleksją tylną. Potwierdza to fakt, że zaburzenia mowy o charakterze afazji należy obserwować i unikać postawienia ostatecznej diagnozy na początku terapii logopedycznej.

PIŚMIENNICTWO

1. Boatman D., Gordon B., Hart J., Selnes O., Miglioretti D., Lenz F.: Transcortical sensory aphasia: revisited and revised. *Brain*. 2000, 123, 8, 1634. – 2. Cáceres Toledo M., Márquez Fernández M, Pérez Nellar J., Cáceres Toledo O.: Alexia sin agrafia en el infarto cerebral occipital. *Rev Cubana Med*. 1998, 37 (2), 112. – 3. Mazur R., Nyka W.: Myślenie kliniczne w badaniu neurologicznym. „W:” *Neurologia myślenie kliniczne*. Pod red. R. Mazura i W. Nyki, wyd. 2, Gdańsk: MAKmed, 1998, 19-48. – 4. Pąchal-ska M.: Afazjologia. Warszawa; Kraków: PWN, 1999, 184-185. – 5. Pąchal-ska M.: Diagnostyka chorego z afazją. „W:” *Logopedia - pytania i odpowiedzi*. Pod red. T. Gałkowskiego i G. Jastrzębowski, wyd. 2, Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, 2003, 2, 611-699. – 6. Pąchal-ska M.: *Neuropsychologia kliniczna. Urazy mózgu*. Warszawa, PWN: 2007, 2, 74, 87, 99. – 7. Rolak L.A.: *Sekrety neurologii*. Szczecin, D.W. Publishing Co. Poland, 1996, 208.

M. Mielnik

THE OBSERVATION OF LOGOPAEDIC REHABILITATION PROGRESS OF THE PATIENT
WITH POST-TRAUMATIC APHASIA DURING LAST 10 YEARS. CASE STUDY

Summary

This article presents a 45-year old patient who had a serious car accident in 2001. She has been suffering from speech disorders caused by post-traumatic aphasia. We have been able to observe the development of this aphasia – from symptoms of transcortical sensory aphasia (TSA) to amnesic aphasia with alexia without agraphia. The patience and cooperation with the speech therapist has significantly improved the patient's ability of verbal communication.

Adres: dr n. med. Maria Mielnik

Zakład Zarządzania w Pielęgniarstwie Katedry Pielęgniarstwa GUMed

ul. Dębinki 7, 80-952 Gdańsk

e-mail: marmi7@gumed.edu.pl