 DOI: 10.15584/978-83-7996-582-3_10

Anna Maria Pękacka
Zürcher RehaZentren Wald, Szwajcaria

TERAPIA I DIAGNOSTYKA AFAZJI BROKI PRZY UŻYCIU MODELI PRZETWARZANIA JĘZYKA W BADANIACH Z OBSZARU NIEMIECKOJĘZYCZNEJ LINGWISTYKI KLINICZNEJ – STUDIUM PRZYPADKU

Artykuł stanowi drugą, praktyczną część minicyklu dotyczącego terapii pacjentów z afazją w niemieckojęzycznej Szwajcarii. Autorka, nawiązując do artykułu teoretycznego, który ukazał się w czwartym tomie monografii cyklicznej „Głos – Język – Komunikacja", opisuje na przykładzie 59-letniej pacjentki po krwotoku podpajęczynówkowym proces diagnozy i terapii logopedycznej z wykorzystaniem modelu logogenowego Tesaka oraz modelu Levelta.

Słowa kluczowe: afazja, modele przetwarzania mowy, diagnoza, case study

Celem poprzedniego artykułu było zapoznanie polskiego czytelnika z dwoma modelami produkcji oraz recepcji języka – modelem logogenowym Tesaka oraz Levelta – stosowanymi w przypadku diagnostyki i terapii afazji Broka w krajach niemieckojęzycznych. Modele te cieszą się nieustannie dużą popularnością i są z powodzeniem stosowane przez lingwistów klinicznych, logopedów, neurologopedów w trakcie projektowania postępowania terapeutycznego u pacjentów z afazją Broki oraz podczas oceny jego rezultatów. W tym artykule zostanie zaprezentowany polskiemu czytelnikowi przypadek diagnozy i planowania terapii pacjentki z afazją Broki przy użyciu prezentowanych modeli.

Ogólne informacje o pacjencie

Pacjentka X przebywała dwa miesiące w jednej z klinik rehabilitacyjnych w Niemczech, gdzie cztery, pięć razy w tygodniu brała udział w 30–45-minutowych sesjach terapeutycznych z terapeutą językowym (lingwistą klinicznym). W 2008 r. w wieku 59 lat przeszła krwotok podpajęczynówkowy spowodowany tętniakiem lewej tętnicy szyjnej wewnętrznej o wielkości ok. 2,5 mm. Trafiła wówczas do kliniki uniwersyteckiej, gdzie została zoperowana. Po za-

biegu *aneurysmacoiling*[1] stwierdzono poważny niedowład połowiczny[2] prawej strony oraz zaburzenia mowy. Pacjentka wykazywała poważne zahamowania językowe, cierpiała także na afazję o wysokim stopniu nasilenia. X przed wystąpieniem choroby nie pracowała. Była zamężna, miała dwoje dzieci i wnuka. Wraz z małżonkiem mieszkała na czwartym piętrze domu wielorodzinnego. Do jej hobby należały podróże, gra w golfa i czytanie.

Wyniki badania logopedycznego

Dane z wywiadu

Pierwsza rozmowa z X trwała około 30 minut. W jej trakcie uzyskano obraz zaburzeń związanych z brakiem płynności w obrębie systemu językowego (podejrzenie afazji Broki zakładającej widoczny wysiłek językowy). Z powodu wyraźnych trudności ze znajdowaniem i doborem słów pacjentka często miała problemy z poprawną budową zdań; zazwyczaj X produkowała tylko ich fragmenty. Okazjonalnie występowały parafazje semantyczne. Dodatkowo pojawiały się liczne stereotypie (*...a więc...*), echolalie i perseweracje. Pacjentka często powtarzała także niektóre frazy. Dodatkowo występowało jąkanie neurogenne. Ze względu na różnorodne symptomy tempo mowy było spowolnione. Wyraźnej redukcji uległy także kompetencje komunikacyjne.

Bateria afazji Aachen (*Aachener Aphasie Test*)

Bateria afazji Aachen (AAT) to rozwinięte dla języka niemieckiego i doń przystosowane, obwarowane psychometrycznie i znormalizowane postępowanie diagnostyczne przy występowaniu afazji. Test pozwala na wiarygodną ocenę mowy spontanicznej pacjenta na sześciu zdefiniowanych neurolingwistycznie poziomach obserwacyjnych. W czterech podtestach ujmuje się i rozróżnia (ze względu na różne jednostki językowe i regularności/prawidłowości) zaburzenia językowe w obrębie powtórzeń, czytania i pisania, nazywania i rozumienia języka. Kolejną składową AAT jest tzw. *Token Test* (test żetonów), który służy jako test rozumienia języka oraz przynosi dodatkowe informacje na temat zaburzeń nieafatycznych i stopnia afazji. Badanych prosi się o wykonanie 50 czynności, w trakcie których manipuluje się figurami geometrycznymi i barwami, przy czym z każdym nowym zadaniem rośnie jego złożoność (Huber 1983).

Pacjentka była diagnozowana za pomocą AAT przez dwa kolejne dni. Pierwszego dnia badaniem objęto mowę spontaniczną. Zachowania komunika-

[1] Zob. więcej: Poeck, Hacke 2006: 272.
[2] Zob. więcej: Grohnfeld 2007: 136.

cyjne badanej oceniono na 2 pkt, gdyż rozmowa na znane jej tematy z pomocą współrozmówcy była możliwa, jednak bardzo często nie udawało się jej przekazać całej myśli. Ze względu na powolność mowy na 3 pkt oceniono lekkie dyzprozodie i dyzartrie. Ponieważ wystąpiło wiele językowych stereotypii, np. częste użycie „więc" i „o Boże!" (*also, oh Gott*), podpunkt 'mowa automatyczna' został oceniony na 2 pkt. Struktura semantyczna była anormalna ze względu na silne zaburzenia w znajdowaniu słów, beztreściowe frazy i dwie semantyczne parafazje (ocena – 4 pkt). Mowa spontaniczna nie wykazywała żadnych zaburzeń fonematycznych. Neurogenne jąkanie nie zostało uznane w ramach AAT za symptom afatyczny, stąd strukturę fonematyczną oceniono na 5 pkt. X próbowała budować zdania długie i złożone, jednak charakteryzowały się one z jednej strony wieloma powtórzeniami niektórych fragmentów, z drugiej zaś – lukami (brakujące części zdania). Pojawiły się także agramatyzmy. Strukturę syntaktyczną oceniono na 3 pkt.

W *Token Test* pacjentka uzyskała punktację łączną (skorygowaną według wieku) na poziomie 11, stąd można było założyć występowanie u niej lekkich lub umiarkowanych zaburzeń afatycznych. W podteście 'Powtórzenia głosek' wystąpiła jedynie epenteza.

Realizacja docelowa	Reakcja pacjentki	Rodzaj błędu
/k/	/ka/	epenteza

Powtarzanie wyrazów sąsiadujących, obcych i zapożyczeń cechowało się samokorygowaniem przez X. Także słowa złożone sprawiały pacjentce wyraźne trudności. Dochodziło do licznych powtórzeń i elizji. Umiejętności X ulegały obniżeniu przy zdaniach złożonych.

Realizacja docelowa	Reakcja pacjentki	Rodzaj błędu
Er holte seine Mutter mit einem neuen Auto vom Bahnhof ab.	*Er holte seine Mutter mit Auto vom Bahnhof ab.*	elizja
Odebrał swoją matkę z dworca nowym autem.	Odebrał swoją matkę z dworca.	

W podteście 'Powtórzenia' przyznano 139 pkt na 150 możliwych. W obrębie języka pisanego pacjentka X wykazywała małe lub umiarkowane ograniczenia. W odróżnieniu od czytania pojedynczych słów czytanie krótkich zdań sprawiało jej trudności. Pojawiało się wiele addycji i substytucji.

Realizacja docelowa	Reakcja pacjentki	Rodzaj błędu
Sie will mein Auto.	*Sie will mein Auto kaufen.*	epenteza
Chce moje auto.	Chce kupić moje auto.	

W obrębie czytania na głos pacjentka otrzymała 26 pkt na 30 możliwych. Przy układaniu słów pojawiało się wiele substytucji i elizji. Tu pacjentka uzyskała 25 pkt na 30 możliwych.

Realizacja docelowa	Reakcja pacjentki	Rodzaj błędu
/SCH/L/A/CH/T/	*/SCH/.../A/CH/T/*	elizja
bitwa	szyb	

Także pisanie ze słuchu cechowało się licznymi addycjami, parafazjami grafematycznymi i pominięciami grafemów.

Realizacja docelowa	Reakcja pacjentki	Rodzaj błędu
Heiterkeit	*Heinterkeit*	epenteza
radość		

Pacjentka otrzymała 25 pkt na 30 możliwych. Nazywanie obiektów (rzeczowniki) i kolorów przebiegało bezbłędnie. W obu przypadkach X otrzymała maksymalną liczbę punktów. Nazywanie obiektów przy użyciu rzeczowników złożonych, jak i sytuacji oraz działań/czynności za pomocą zdań przychodziło jej natomiast z trudem.

Realizacja docelowa	Reakcja pacjentki	Rodzaj błędu
Staubsauger	*Staubsauber*	zamiana
odkurzacz (*kurz/Staub* + smoczek*/Sauger*)	(kurz + czysto*/sauber*)	

W podteście ‘Nazywanie’ X otrzymała 110 pkt na 120 możliwych. W podteście ‘Rozumienie języka’ stwierdzono u niej umiarkowane deficyty, stąd na 120 możliwych punktów otrzymała 90. Rozumienie ze słuchu było zaburzone w mniejszym stopniu niż czytanie ze zrozumieniem (47 vs. 43 pkt). X wybierała obrazy językowo podobne do obrazu docelowego, przy czym sama dokonywała korekt.

Realizacja docelowa	Reakcja pacjentki	Rodzaj błędu
Schalter (Bahnhof-sschalter / Kasse)	*Stecker*	zamiana
lada (kasa dworcowa / kasa)	wtyczka	

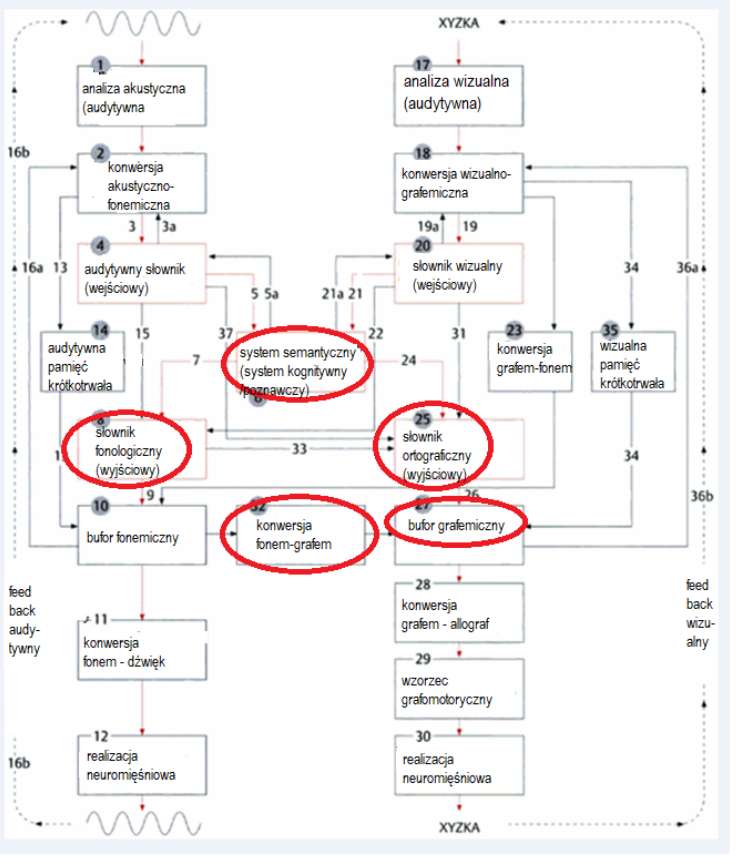
Wynik baterii acheńskiej i klasyfikacja rutynowości

Klasyfikację rutynowości (*Routineklassifikation*) przeprowadzono przy użyciu ALLOC (AATP für Windows, Phoenix Software 1997). Badanie wykazało 100% występowania zaburzeń afatycznych. Prawdopodobieństwo wystąpienia

afazji Broki oszacowano na 73,3%, afazji Wernickego – na 12,1%, a afazji amnestycznej – na 12,1%.

Umiejscowienie deficytów w obrębie modelu logogenowego Tesaka (2006)

W celu opracowania odpowiedniego postępowania terapeutycznego wyjaśniono najpierw za pomocą modelu logogenowego Tesaka (2006; Pękacka 2018) pojawiające się u X błędy.



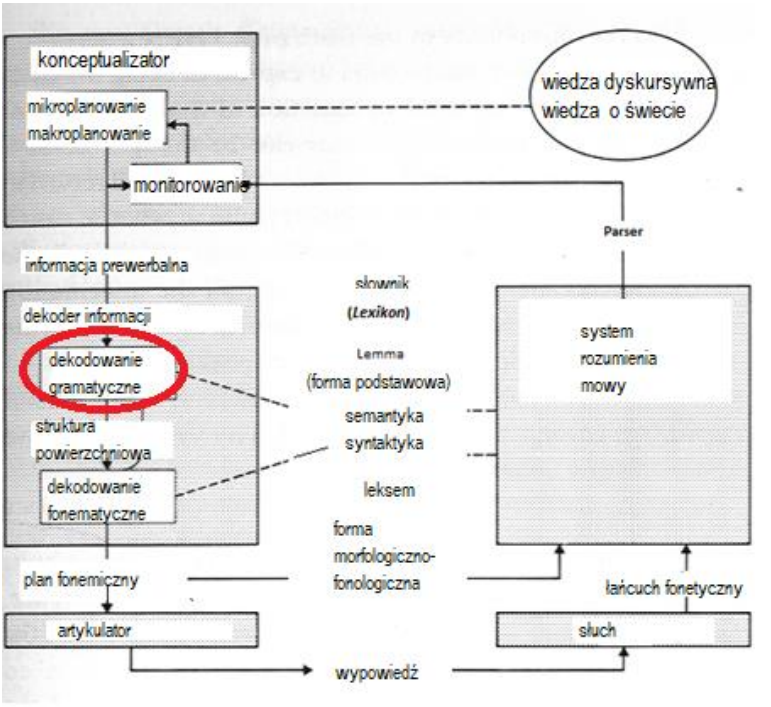
Ryc. 1. Drogi, w obrębie których najprawdopodobniej pojawiały się zaburzenia. Zarówno trudności z wynajdywaniem słów, jak i agramatyzmy były symptomami zaburzeń w obrębie języka spontanicznego. Mowę X cechowały także parafazje, perseweracje, echolalie i paragrafie grafematyczne. W modelu logogenowym Tesaka wynajdywanie słów przebiega wzdłuż następującej drogi: analiza akustyczna (audytywna) → konwersja akustyczno-fonematyczna → słownik wejściowy audytywny → system semantyczny → słownik wyjściowy fonologiczny → bufor fonematyczny →konwersja fonem-głoska/dźwięk → procedura neuromięśniowa

Deficyty w obrębie umiejętności wyszukiwania słów można było tłumaczyć na dwa sposoby. Po pierwsze, założono, że zaburzony został dostęp do szukanego obiektu w fonologicznym słowniku wyjściowym. Przyjęto, że ze słownika wybierano obiekt niewłaściwy lub że obiekt właściwy był czasowo nieaktywny, co prowadziło do użycia obiektu niewłaściwego. Po drugie, sam system semantyczny mógł zostać ograniczony – w odróżnieniu od samego doń dostępu, który w takim przypadku nie wykazywałby deficytów. Semantyczne parafazje można było tłumaczyć błędnym systemem semantycznym. W trakcie wyboru właściwego obiektu konieczny był tzw. rozpoznawacz (*Erkenner*), który w przypadku każdego słowa reagował na odpowiedni wzorzec (*Muster*) wizualny. Przy jego pomocy dochodziło do aktywizacji odpowiedniego leksemu, należącego do właściwego pola semantycznego. Następnie dochodziło do rozgraniczenia pola semantycznego, w którym aktywizowany został leksem łączący się albo z kontekstem semantyczno-syntaktycznym, albo z widzianym obiektem. Kiedy system semantyczny wykazuje braki, wybiera się niewłaściwe jednostki, co prowadzi do parafazji semantycznych, gdyż, zdaniem Tesaka, z leksykalnego słownika wyjściowego wywołuje się obiekt błędny.

Produkowane przez X okazjonalne echolalie i perseweracje nie mogły zostać wytłumaczone przy użyciu modelu Tesaka. Zgodnie z koncepcją Haag et al. (1985), wskazywały one na specyficzne uszczerbki centralnego przetwarzania języka. Stąd przyjęto, że w trakcie przepracowywania językowego danych treści dochodzi do instynktowego, automatycznego lub zorientowanego na zamiennik/odpowiednik (*Ersatz*) wywołania u pacjenta wcześniej zmobilizowanego wzorca, co dzieje się, nim jeszcze pacjent może wyprodukować językowy *output* (językową realizację).

Parafazje grafematyczne, takie jak np. substytucje, odpowiadające parafazjom w języku spontanicznym, przypisane są zaburzeniom konwersji fonem – grafem. Kiedy bufor fonematyczny jest nienaruszony, wówczas najprawdopodobniej w sposób niezakłócony przebiega przetworzenie właściwej jednostki informacyjnej (*Eintrag*) w bufor gramatyczny. Można dzięki temu przyjąć, że dochodzi do zaburzeń w trakcie aktywacji jednostki w wyjściowym słowniku ortograficznym, który zawiera wszystkie formy pisane wyrazów występujących w danym języku.

Deficyty agramatyczne X zostały objaśnione także przy użyciu modelu przetwarzania i rozumienia mowy/języka Levelta (Levelt 1989, 1993; Pękacka 2018). Deficyty występowały w obrębie dróg zaznaczonych na ryc. 2.



Ryc. 2. Umiejscowienie deficytów w obrębie modelu przetwarzania i rozumienia mowy Levelta (1989, 1993).

Zdaniem Tesaka[3] (2006) deficyty te przynależą do przestrzeni między poziomem funkcjonalnym a pozycjonalnym modelu. Jak wspomniano wcześniej, pacjentka wykazywała wyraźne trudności w obrębie planowania (wypowiedzi), co powodowało występowanie zdań fragmentarycznych i uproszczenie struktur zdaniowych. Fakt ten tłumaczy, że dekodowanie gramatyczne może odbywać się z błędami, gdyż deficyty wykazują informacje wejściowe. Dodatkowo można założyć, że samo dekodowanie gramatyczne wykazuje deficyty, co wyjaśnia wymienione już trudności występujące u pacjentów, którzy nie są w stanie decydować, opierając się na dokładnej analizie struktury syntaktycznej. Możliwym wyjaśnieniem byłby tutaj ograniczony dostęp do morfemów gramatycznych.

Plan terapii

Ponieważ w analizowanym przypadku deficytom uległa większa liczba poziomów językowych, przyjęto multimodalną koncepcję terapii.

[3] Tesak w swoich analizach opierał się na zasadach Levelta.

Rozumienie języka

Na początku „przepracowywano" karty z obrazkami ukazujące obiekty wysokofrekwencyjne / często występujące. Pacjentka miała za zadanie nazywać rzeczy przedstawione na ilustracjach, a następnie dopasowywać do nich karty ze słowami. Później, aby wspólnie ćwiczyć rozumienie języka, X miała postępować zgodnie z przyjętym wzorem, np. *Weź/podaj kartę z ilustracją przedstawiającą kurtkę.* Aby podnieść trudność zadania, w jego trakcie stawiano pytania o funkcje przedmiotów: *Kiedy założysz kurtkę?*

Mimo niepewności pacjentki w wielu przypadkach udzielana odpowiedź była prawidłowa / bardzo dobra, gdyż X była świadoma występujących u niej zaburzeń. Robiła szybkie postępy, toteż w krótkim czasie można było przejść do bardziej złożonych treści terapeutycznych z zakresu rozumienia języka. Na poziomie słów pracowano w obrębie czterech różnych zadań mających na celu polepszenie symptomatyki. Na początku prowadzono ćwiczenia z zakresu przyporządkowywania obiektu i słowa. Następnie poproszono pacjentkę o przyporządkowanie bodźca dźwiękowego do obrazu i o jego wskazanie. Aby zadanie nabrało większej złożoności, wprowadzono deflektor (*Ablenker*) fonematyczny i semantyczny.

Ćwiczenie z deflektorem fonetycznym		**Ćwiczenie z deflektorem semantycznym**
	Słowo docelowe: dzbanek (*Vase*)	
Pokazywane przedmioty: waza, nos, zając (*Vase, Nase, Hase*)		Pokazywane przedmioty: słój, wanna, beczka, dzbanek (*Krug, Wanne, Fass, Vase*)
	Wskaż, proszę, dzbanek / *Zeigen Sie bitte auf die Vase*	

Początkowo oba typy ćwiczeń sprawiały X trudności, ale po odbyciu kilku sesji terapeutycznych można było przejść do zadań mających na celu weryfikację obrazu i słowa. Wymagały one podjęcie przez pacjentkę decyzji, czy zaproponowane słowo odpowiada docelowemu obiektowi. Duże znaczenie ma to, że X nie miała możliwości dojścia do prawidłowego rozwiązania poprzez wyłączanie innych obrazów. Także tu wprowadzono deflektory fonematyczne i semantyczne.

Ćwiczenie z deflektorem fonetycznym	**Ćwiczenie z deflektorem semantycznym**
Słowo docelowe: kot (*Katze*)	Pokazywane przedmioty: Łapa, x, kot (*Tatze, Natze, Katze*)
	Pokazywane przedmioty: kot, mysz, pies (*Katze, Maus, Hund*)

W ramach ćwiczeń z deflektorem fonematycznym stosowano także jednostki niebędące słowami, podczas ćwiczeń z deflektorem semantycznym posługiwano się zaś pojęciami nadrzędnymi (*Oberbegriffen*). Według Tesaka (1999) stopień trudności zadania może się różnić w wyraźnym stopniu, gdyż można zmieniać zarówno rodzaje słów, których złożoność formalna i częstotliwość występowanie są różne, jak i liczbę obrazów i ich wariancji. W odróżnieniu od ćwiczeń z deflektorem semantycznym ćwiczenia z deflektorem fonematycznym X wykonywała z dużo mniejszymi trudnościami. Niemniej, aby uzyskać pewność, wciąż prowadzono ćwiczenia mające na celu zmniejszenie błędów fonologicznych za pomocą par minimalnych. Trzeba było zdecydować, czy przedstawione audytywnie słowa są takie same, czy nie:

Hut und Mut. Sind diese Wörter gleich?
Hut/kapelusz i *Mut*/odwaga. Czy te słowa są takie same?

X robiła błędy, ale szybko je poprawiała. Nie działo się tak w przypadku ćwiczeń dyskryminujących semantycznie – tu umiejętność rozróżnienia słów z tego samego pola semantycznego musiała zostać poprawiona. Ze względu na duże trudności w wyszukiwaniu słów pacjentce było trudno wykonywać zadania. W tej części procesu terapeutycznego pracowano nad „przyporządkowywaniem" i „szukaniem pojęć nadrzędnych i podrzędnych", „zadaniami orientującymi się na część i całość", „zadaniami oceniającymi", rozpoznawaniem/ przyporządkowywaniem cech przedmiotów oraz „szukaniem przeciwieństw". Aby uniknąć nieporozumień, do każdego zadania dołączano dokładną instrukcję i wspólnie przepracowano jeden przykład. Zadania te wprowadzono w trakcie kolejnych spotkań terapeutycznych i przedstawiano pisemnie w różnych wariantach.

/Lenkrad/ Sattel/ Pedal/ →	*Zielitem*: *Fahrrad*
Kierownica/siodełko/pedał →	Obiekt docelowy: rower

Następnie pracowano na poziomie zdań. Częścią terapii było przyporządkowanie zdania do obrazu, co opierało się na wcześniejszym zadaniu przyporządkowywania słowa do obrazu. X na podstawie wskazówek ustnych miała wybrać ze zbioru odpowiedni obraz i pokazać go. Aby przezwyciężyć trudności podczas prezentowania zadania, przyjęto dwie strategie odpowiedzi: „słowo klucz" i „pierwszy obiekt/podmiot" (*Objekt-zu-Erst*). Pierwsza część skupiała uwagę pacjentki na słowach kluczach w przedstawianych zdaniach, np.:

Czy dziewczynka gra w piłkę / bawi się piłką? (*Das Mädchen spielt Ball*?)
Słowa kluczowe: piłka (*Ball*), dziewczynka (*Mädchen*).

Druga strategia bazowała na założeniu, że w zdaniach niemieckich na pierwszym miejscu znajduje się obiekt.

Aby pracować w sposób celowy nad umiejętnościami syntaktycznymi X, zostały włączone ćwiczenia z formą bierną, topikalizacją i zmianą szyku zdania. Posługiwano się także materiałami do oceny zdania. Pacjentce przedstawiono kilka zdań z fałszywą treścią, którą musiała wskazać i poprawić. Ich wskazanie – w odróżnieniu od korekty – nie sprawiało X trudności. Do tej części terapii włączono również pytania na temat konkretnych stanów rzeczy oraz wiedzy ogólnej i wskazówek. Używano alternatywnych pytań z W-słowami (*W-Wörtern*: pytajniki, takie jak: *wenn*/ *wo*/ *wer*/ *wie*/ *was* itp). Zadania te można rozumieć także jako zadania produkcyjne, gdyż nie można było tu udzielić prostej odpowiedzi „tak" lub „nie", np.:

Der Jäger geht in den Wald und schießt das Wild. ***Wer** geht in den Wald? **Wo** geht er hin? **Was** macht er da?*
Myśliwy idzie do lasu i strzela do dzikiej zwierzyny. Kto idzie do lasu? Dokąd idzie? Co tam robi?

W fazie końcowej terapii nastąpiło przejście do ćwiczeń z zakresu poziomu tekstu. Było to istotne w odniesieniu do rozumienia języka, gdyż trzeba rozumieć nie tylko pojedyncze słowa i zdania, lecz także kontekst, z którego pozyskujemy wiele dodatkowych informacji. Przy takich zadaniach występuje możliwość uwzględnienia zainteresowań pacjentów, co z kolei prowadzi do zwiększenia ich motywacji. W trakcie ćwiczeń odgaduje się definicje i opisy, a wykorzystuje się w tym celu historie, bajki czy teksty użytkowe.

Dostęp do słów (*Wortzugriff*)

Ponieważ mowę spontaniczną X cechowały deficyty w obrębie znajdowania słów, a jej zachowania komunikacyjne były bardzo ograniczone, szczególną uwagą objęto trening znajdowania słów. Na początku każdej sesji terapeutycznej przeprowadzano krótką wstępną rozmowę z pacjentką, aby zbudować spokojną, relaksującą atmosferę i ocenić stan emocjonalny X. Na poziomie słów pracowano przy użyciu sześciu rodzajów zadań. Na początku wprowadzono proste ćwiczenia w zakresie nazywania. Tesak (1999: 89) zauważył, że „umiejętność nazywania ćwiczy i odzwierciedla umiejętność znajdywania słów". Następnie pacjentkę poproszono o nazywanie otrzymywanych bodźców w formie przedstawianych jej obrazków. Wśród nich znalazły się rzeczowniki, czasowniki złożone, przymiotniki i przyimki, co wymagało nazywania obiektów, czynności, cech i relacji. Najpierw wprowadzono obiekty wysokofrekwencyjne, następnie

materiał rozszerzono o obrazy abstrakcyjne. Jednocześnie posługiwano się polem semantycznym. W tym wypadku stosowano polecenia ustne i pisemne, aby zredukować ewentualne powtórzenia.

Nennen Sie 5 Gegenstände, die sich in der Küche befinden! Nazwij 5 rzeczy znajdujących się w kuchni.
Was macht ein Arzt? Co robi lekarz?

Wprowadzono także ćwiczenia mające na celu systematyczne znajdowanie słów mimo pojawiających się u X w trakcie ich realizacji trudności. Podczas takich złożonych zadań pacjentka była proszona o znalezienie dla słowa docelowego pojęcia nadrzędnego (hiperonimu), cechy, funkcji i materiału, np. słowo docelowe: stół, pojęcie nadrzędne: mebel, cecha: stabilny, funkcja: można na nim położyć jedzenie, materiał: drewno.

Przy każdym takim ćwiczeniu używano wsparcia w postaci np. pomocy semantycznych i fonologicznych, które jednak wyłączano możliwie szybko, dzięki czemu pacjentka uczyła się sama znajdować przydatne pomoce. Po prostych ćwiczeniach z zakresu nazywania nastąpiło przejście do uzupełniania par zdań, przysłów, idiomów i zdań z pustymi przestrzeniami. Ćwiczenie to znajdowało się na granicy poziomu słów i poziomu zdań. Tu pracowano m.in. za pomocą automatycznej produkcji języka i stałych zwrotów/wyrażeń językowych. Pacjentkę proszono, aby uzupełniała najpierw ustnie, a potem pisemnie pojedyncze słowa (w zdaniach lub zwrotach), np.:

Wer nicht hören will muss…	Kto nie chce słuchać, musi…
groß und....	duży i…

Zadania te X wykonywała szybko i efektywnie, z małymi błędami w trakcie pisania. Aby podnieść poziom trudności, włączono do terapii zdania z lukami, przy czym luki występowały najpierw na końcu, a później, aby podwyższyć złożoność ćwiczenia, w środku zdania. Właściwe uzupełnienie jest zależne od odpowiedniego przepracowania informacji zdaniowej, która na początku terapii była wyraźnie zaburzona. Z tego powodu pracowano początkowo z pomocą prostych materiałów w obrębie rzeczowników i przymiotników – najpierw ze wskazówkami, a potem bez nich. Pacjentka robiła w tym obszarze szybkie postępy i była coraz częściej w stanie znajdować i używać słów niskofrekwencyjnych, co razem z polepszonym rozumieniem mowy prowadziło do rozpoczęcia ćwiczeń ze słowami. Podawano różne cechy charakterystyczne przedmiotu docelowego, przy czym liczba i charakter wskazówek się zmieniały, np.

Es handelt sich hier um ein Land, in dem immer die Sonne scheint. Es liegt in Nordafrika und grenzt im Norden ans Mittelmeer und im Osten ans Rote Meer. Viele Deutsche verbringen da ihren Urlaub. Dieses Land ist auch für seine Pyramiden bekannt (Zielitem: Ägypten).
Chodzi o kraj, w którym zawsze świeci słońce. Leży w północnej Afryce i od północy graniczy z Morzem Śródziemnym, od wschodniej natomiast z Morzem Czerwonym. Wielu Niemców spędza tam urlop. Kraj ten jest znany także z piramid (obiekt docelowy: Egipt).

Ponieważ X bardzo szybko przezwyciężyła trudności pojawiające się w trakcie wykonywania tego zadania, odwrócono role między pacjentką a terapeutką. Pacjentka miała pomyśleć o obiekcie docelowym i jego cechach, a następnie przedstawić je terapeucie. Chociaż X opisywała cechy definicyjne pojedynczymi słowami lub krótkimi, niepełnymi zdaniami, to jednak była w stanie wybrać je logicznie. Aby rozszerzyć zdolności wyszukiwania słów, przeszliśmy do zadań z poziomu zdań. Pracowano zarówno nad umiejętnościami syntaktycznymi, jak i nad transferem na bardziej złożony poziom językowy już wytrenowanego wyszukiwania pojedynczych słów (por. Tesak 1999). Tak jak w przypadku ćwiczeń z poziomu słów, również tutaj zastosowano uzupełnianie zdań z lukami. Następnie wprowadzono wolne i ograniczone zadania, w których należało albo uzupełnić zdanie samodzielnie wybranym, lecz pasującym do kontekstu wyrazem, albo skonstruować zdanie pasujące do wybranego obrazka. W kolejnym kroku treść przedstawiano multimodalnie, stąd posługiwano się większą liczbą wariacji form słowa (np. liczba pojedyncza i mnoga) lub imiesłowami i bezokolicznikami. Z biegiem czasu w terapii wprowadzono kolejne zadania, jak np. budowanie zdań zgodnie ze wskazówkami, opisywanie obrazków i sytuacji oraz tworzenie przeformułowań. W pierwszym wypadku aspekty gramatyczne były tłumaczone przez pojęcia gramatyczne i aspekty semantyczne. Pacjentka miała w ten sposób budować zdania, np.:

Frau / polieren / Besteck/→	*Zielitem: Die Frau poliert das Besteck.*
Kobieta/polerować/piekarnik→	Obiekt docelowy: kobieta poleruje piekarnik.
Wyobrażenie obrazowe→	Obiekt docelowy: Mężczyzna pije kawę.

W ramach etapu wstępnego budowania zdań wielokrotnie używano pomocy semantycznych. Nazywano ilustracje prezentujące różne sytuacje; w trakcie nazywania należało także uwzględnić zakładaną strukturę zdaniową. Metodą tą posługiwano się tak długo, aż X przestała potrzebować jakichkolwiek wskazówek. Następnie opisywano kolejne obrazki przedstawiające różne sytuacje. Tu proszono pacjentkę, aby możliwie dokładnie opisywała przedstawiane ilustracje. Obrazki te ukazywały osoby, czynności, obiekty i relacje międzyludzkie. Dzięki tak dużej zmienności można było wpływać na rodzaj słowa docelowego. Do tego doszły ćwiczenia z zakresu przeformułowań: formę bierną przekształcano

na czynną, liczbę pojedynczą na mnogą, zdania okolicznikowe sposobu na zdania orzekające itp.

Der Mann räumt die Garage auf. →	*Die Garage wird von dem Mann aufgeräumt.*
Mężczyzna sprząta garaż. →	Garaż zostanie posprzątany przez mężczyznę.

Ćwiczenia te sprawiały X poważne trudności, jednak z czasem udało się pokonać je za pomocą wyuczonych strategii.

Die Mutter /matka (1)	*wäscht*/myć (2)	*das Kind*/dziecko (3)	(3) → *werden*/być (*Konjugation*/*Person*)	*von*/przez (1, *Dativ*)	(2, *Partizip* II)

Umiejętność znajdowania słów była stymulowana nadal poprzez zadawanie pytań, na które pacjentka odpowiadała. Nie oczekiwano jednak w odpowiedzi pełnych zdań; celem było zmotywowanie pacjentki nawet do zredukowanej aktywności werbalnej. Często zadawano pytania mające związek z wiedzą ogólną i wiedzą o świecie, codziennymi sytuacjami oraz zainteresowaniami pacjentki. Wskazywano, że granica między poziomem zdań i tekstu jest płynna, gdyż przy pytaniach otwartych X produkowała więcej zdań kontekstualnych. Ćwiczenia z poziomu słów i zdań były zawsze multimodalne, aby włączyć język pisany oraz użyć go jako kolejnego środka odblokowującego. Poza tym po każdej jednostce terapeutycznej za zgodą X zadawano pracę domową, tak aby pacjentka mogła także pracować samodzielnie. Parafazje semantyczne i fonematyczne, które występowały rzadko, stwierdzano od razu i korygowano – robiła to albo terapeutka, albo sama pacjentka. To samo dotyczyło podwojeń poszczególnych części zdań. Aby uniknąć braku jakiejś części zdania, wprowadzono ćwiczenia pisemne, a kiedy były błędy, wspólnie je omawiano i poprawiano. Aby rozszerzyć zakres umiejętności pacjentki, dalej pracowano na poziomie słów. Obok pytań otwartych włączono tutaj historie obrazkowe, przy czym celem nie było dokładne ich opisanie, ale budowa relacji między ich sekwencjami. Jak wspomniano, w ramach mowy spontanicznej X produkowała frazy związane ze sobą w sposób stereotypowy. Deficyt ten miał zostać zniwelowany poprzez zastosowanie różnych spójników, np.: *po tym, dlatego, mimo to, choć*. Zadanie to zostało rozszerzone o streszczenie i kontynuowanie danej historii. Przykładowo proszono X, aby ponownie opowiedziała wcześniej przedstawioną historię, ale bez pomocy obrazków. W innej serii ćwiczeń miała ona kontynuować historię, przy czym nim ją skończyła, musiała stworzyć minimum pięć zdań. Terapia z X odbywała się najczęściej dwa razy dziennie[4].

[4] W trakcie drugiej godziny terapeutycznej pracowano z użyciem programu komputerowego

Język pisany

Aby zapewnić multimodalność treści terapeutycznych, wiele ćwiczeń uzupełniono zadaniami pisemnymi. Zdaniem Tesaka (1999: 112) zadania z tego poziomu prowadzi się bardzo dobrze, gdyż „zazwyczaj, gdy piszemy, potrzebne jest coś więcej niż izolowane słowo lub zdanie". Początkowo używano tekstów z lukami, w których punkt ciężkości kładziono na aspekty gramatyczne i semantyczne. Następnie prowadzono ćwiczenia mające na celu przekształcenie tekstu. Ponieważ X miała potrzebę pisania pocztówek, stało się to integralną częścią terapii. Używano takich fraz i pojęć, jak np.: *Lieber..., Sehr geehrte... Mir geht es…* (*Drogi…, Szanowny…*, *Chodzi o…*). Pacjentka wyraziła także życzenie, aby mogła sama pisać i poprosiła terapeutkę o późniejszą korektę. Stąd wspólnie z X postanowiono, że będzie ona prowadzić dziennik terapii. W rezultacie w trakcie terapii poprawiano i/lub przepracowywano wyłącznie teksty wybrane przez X. Zadanie to miało szczególną wartość, gdyż rosła motywacja pacjentki i mogła ona na bieżąco śledzić swoje postępy. W fazie końcowej terapii zaproponowano jako zadanie domowe streszczanie historii obrazkowych. Ponieważ pacjentka robiła bardzo szybko postępy, należało przejść do tekstów. X czytała

---

Wissensquiz (*LernReha Software: „Wissen"*), przy czym było to możliwe dopiero wtedy, kiedy poprawił się ogólny stan pacjentki i lepiej reagowała ona na bodźce oraz miała większą motywację. Chodziło o program, w którym na podstawie przedstawianego opisu należało odgadnąć słowo docelowe. Składało się ono wyłącznie z samogłosek lub spółgłosek jako pomocy, niemniej mogło zostać odgadnięte i bez nich. Pacjentka początkowo miała wpisywać na klawiaturze tylko brakujące litery, później zaś całe wyrazy. W pierwszym tygodniu korzystano z prostych wariantów, ale szybko stało się możliwe wybieranie trudniejszych opcji. *Der siebte Monat? Vokalvorgabe: _U_I (JULI) Siódmy miesiąc? Samogłoski: _I_IE_ (LIPIEC) Konsonantenvorgabe: J _L_ _ Ohne _ _ _ _Spółgłoski: L_P_ _C Brak: _ _ _ _ _ _* Raz w tygodniu X uczestniczyła także w spotkaniach grupowych w celu podniesienia swoich umiejętności komunikacyjnych i trenowania znajdowania słownictwa. Te spotkania trwały godzinę. W skład grupy wchodziło od 4 do 10 pacjentów z afazją, którzy wykazywali zbliżone deficyty jezykowe i wspólnie wykonywali ćwiczenia mające na celu poprawę umiejętności znajdowania słów. Terapia grupowa była tylko uzupełnieniem terapii indywidualnej, ale miała na celu polepszenie relacji społecznych pacjentki. Spotkania budowały ramy zaufania. Pacjentka spotykała się z innymi chorymi z podobnymi zaburzeniami, dzięki czemu mogła powstać sytuacja służąca dalszej wymianie komunikatów np. na temat choroby. Dodatkowo w grupie poprawiano zachowania komunikacyjne i uczono radzić sobie ze strachem. W trakcie takich spotkań za pomocą gier towarzyskich ćwiczono m.in. umiejętność nazywania i opisywania. Stopień trudności ćwiczeń był przy tym zmienny. Chodziło nie tyle o tworzenie poprawnych językowo wyrażeń, co o transfer treści, funkcjonalność aktu mowy oraz wspomaganie uwagi i koncentracji. X wzięła udział w terapii grupowej osiem razy i wyraźnie czerpała z tego korzyści. Można było przeanalizować jej problemy z głosem i depresyjne zachowania wynikające z samoświadomości pacjentki na temat własnych ograniczeń. Poza tym X była bardziej zmotywowana i potrafiła prawidłowo ocenić swoje postępy, a w konsekwencji wprowadzić strategie samoleczenia (*self-curing strategies*).

najpierw na głos dany tekst zdanie po zdaniu, następnie stylizowała go na artykuł z gazety i podsumowywała. X często widziała swoje błędy i samodzielnie je korygowała. Po zakończeniu ćwiczeń z rozumienia tekstu pacjentkę pytano o opinię na jego temat i proszono o napisanie krótkiego listu do redakcji. Także to zadanie w trakcie terapii było wykonywane coraz lepiej.

Zachowania komunikacyjne

W trakcie terapii nieustannie ćwiczono zachowania komunikacyjne pacjentki. Początkowo prowadzono liczne spontaniczne rozmowy na tematy bliskie X, np. jej hobby, wcześniejszych terapii, obserwowanych postępów, aktywności w weekendy. Potem je rozszerzano i nawiązywano do tematów pokrewnych. W zależności od tematu rozmowy otwierały się nowe pole semantyczne, np. moda, choroba, urlopy itp. Obok wymienionych już ćwiczeń, które wiązały się z polepszeniem umiejętności komunikacyjnych, do terapii włączono także gry słowne i gry z podziałem na role. Te pierwsze, zgodnie z opinią Tesaka (1999: 112), miały „poprzez odegranie codziennych sytuacji" ułatwić X wejście w codzienność. Pacjentka miała w fikcyjnej sytuacji odegrać określoną rolę i odtworzyć odpowiadające jej funkcje językowe. Odgrywano sytuacje codzienne, w których można było wykorzystywać gotowe frazy i zdania, np. wizytę u lekarza, umówienie terminu, zakupy, składanie życzeń urodzinowych. Początkowo zadania te jawiły się X jako bardzo trudne, jednak z biegiem terapii – wraz z polepszeniem umiejętności wynajdywania i wypowiadania słów – budowanie i wzbogacanie dialogów stało się łatwiejsze. Dodatkowo wprowadzono ćwiczenia z zakresu „odpowiedzi na pytania spontaniczne", np. „Co powiesz, gdy/jeśli…". Gry językowe wymagały od X nie tylko wypracowania odpowiednich zachowań językowych i przekazywania informacji, lecz także pewnych umiejętności, jak np. opisywanie, odmawianie, odrzucanie i ocenianie. Opisywano przykładowo drogę. Pacjentka i terapeutka siedziały naprzeciwko siebie i trzymały mapę, na której można było zobaczyć zaznaczone ważne miejsca: budynki, ulice, pomniki itd. Za każdym razem opisywano drogę, którą miał narysować słuchacz. Jeśli wystąpiły problemy z rozumieniem, można było zadawać pytania. W trakcie tego ćwiczenia trenowano wymienione wcześniej umiejętności; doszło także do zniwelowania wysiłku, z jakim X mówiła, oraz zahamowania jąkania. W ramach ćwiczeń komunikacyjnych prowadzono z X również rozmowy telefoniczne. Wykonywano je w ostatniej fazie terapii. Chodziło o przekazywanie informacji bez zapośredniczenia przez niewerbalne pomoce komunikacyjne, takie jak gest czy mimika. Pacjentka miała opowiadać przez telefon o aktywnościach weekendowych albo postępach w terapii.

Diagnoza końcowa

Po ośmiu tygodniach przeprowadzono test kontrolny za pomocą AAT. Do tego czasu X uczestniczyła w 75 jednostkach terapeutycznych. Zachowania komunikacyjne X oceniono na 4 pkt, gdyż w rozmowach (na wszystkie tematy) występowała bardzo mała liczba ograniczeń. Także artykulację i prozodię oceniono na 4 pkt, ponieważ stwierdzono nieznacznie spowolnione tempo mowy. Jednakże występowało wiele automatyzmów, język automatyczny oceniono więc na 3 pkt. Strukturę semantyczną cechowały wyraźne zaburzenia w obrębie znajdowania słów, stąd przyznano 4 pkt. Struktura fonematyczna nie wykazywała deficytów, oceniono ją więc na 5 pkt. Ponieważ X budowała zdania złożone z niewielkimi problemami (rzadko występujące załamania i zdania fragmentaryczne), strukturę syntaktyczną oceniono na 4 pkt. W przeprowadzonym na końcu teście tokenów pacjentka otrzymała właściwe jej grupie 3 pkt (wynik procentowy: 95%). Powtarzanie głosek, wyrazów obcych i zapożyczeń, wyrazów jednosylabowych i złożonych cechowały niewielkie trudności. Zdolność X przy zdaniach złożonych spadła tylko w jednym przypadku:

Realizacja docelowa	***Patientenreaktion* / reakcja pacjentki**
Der Mann, der unser Auto kaufte, ist seit gestern verheiratet.	*Der Mann, der unser Auto kaufen (wollte), ist seit gestern verheiratet.*
Mężczyzna, który kupił nasze auto, jest od wczoraj żonaty.	Mężczyzna, który kupuje nasze auto (chciał kupić), jest od wczoraj żonaty.

X otrzymała w tym wypadku 149 pkt na 150 możliwych. W obszarze języka pisanego pacjentka nie wykazywała żadnych deficytów. W trakcie tworzenia słów u X pojawiły się dwie elizje, dlatego otrzymała 28 pkt na 30 możliwych. Natomiast podtest „Nazywanie" został przez X rozwiązany bezbłędnie. W podteście „Rozumienie języka" pacjentka wykazywała drobne deficyty w rozumieniu języka mówionego. Na 120 możliwych punktów otrzymała 102 pkt. Rutynowa klasyfikacja przeprowadzona zgodnie z ALLOC wyniosła 100%, a więc „brak zaburzeń afatycznych"[5].

[5] Zrezygnowano ze screeningu dysartrii, aby pacjentka nie był nazbyt obciążona i by w ten sposób priorytet stanowiła terapia afazji (stymulacja i odblokowywanie). W obrazie klinicznym ujawniły się jednak symptomy dysartrii hipotonicznej, m.in. patologiczny oddech, chrypliwy, świszczący głos, zredukowana siła głosu i jego zmniejszona wysokość. Spowolnione tempo mowy, monotonna prozodia i liczne pauzy mogły wskazywać na zaburzenia związane zarówno z dysartrią, jak i afazją. Występowanie jąkania neurogennego zostało po raz pierwszy zakomunikowane przez samą pacjentkę. Poinformowała ona, że przed chorobą nie miała żadnych problemów z płynnością mowy. W mowie spontanicznej pojawiały się jednak przeciągnięcia, powtórzenia i blokady głosek, choć ograniczało się to zazwyczaj do pierwszej sylaby. Nie było natomiast błędów fonetycznych i fonematycznych, nie występowały także problemy artykulacyjne, co po-

Podsumowanie terapii językowej i przebiegu choroby

Porównanie wyników diagnostyki wstępnej i końcowej u pacjentki X przyniosło jednoznaczne informacje o poprawie niemal we wszystkich obszarach. Żeby przedstawić to możliwie dokładnie, należy wyjść od stopnia zaburzenia. Zarówno w rozumieniu audytywnym, jak i czytaniu ze zrozumieniem, które były upośledzone w stopniu średnim, stwierdzono poprawę na poziomie rozumienia słów, co doprowadziło do ograniczenia elementów automatycznych w mowie spontanicznej. Na poziomie zdań – sprawdzono to za pomocą odpowiednich podtestów w ramach AAT – zauważono poprawę w audytywnym rozumieniu zdań i czytaniu ze zrozumieniem. W *Token test* pacjentka zrobiła jedynie trzy błędy (skorygowane według wieku); dowodziło to polepszenia audytywnego rozumienia zdań. Wyraźnie poprawiła się jej zdolność nazywania, w jej obrębie nie pojawiały się żadne zaburzenia. W ponownie przeprowadzonych testach (seria II) nie wystąpiły żadne z wcześniejszych błędów (addycje, elizje, samokorekta, parafazje grafematyczne). Nazywanie sytuacji i działań nie przysparzało pacjentce żadnych trudności. Potwierdził to zresztą podtest „Powtarzanie", gdyż pojawiła się w nim wyłącznie addycja, co prawdopodobnie wynikło z polepszonego u X dostępu do słownictwa. Stopień zaburzenia został tu zredukowany ze średnio wysokiego do niskiego/lekkiego. Za pomocą AAT stwierdzono także zmniejszenie deficytów w obrębie języka pisanego. Chociaż występowały okazyjne pominięcia i różne formy niepewności, pacjentka otrzymała w tym podteście 96%, co świadczyło o poprawie o 10%. Także język spontaniczny wykazywał wyraźną poprawę. W zachowaniach komunikacyjnych X poprawiła się płynność produkcji mowy; co więcej, pacjentce zawsze udawało się bez pomocy partnera rozmowy przekazać swoje myśli. Zmalały powolność mowy i wysiłek towarzyszący mówieniu, w minimalnym stopniu występowała dysartria. Jak wspomniano wcześniej, wyraźnie spadła liczba automatyzmów i echolalii. Stereotypie, manifestujące się w słowie *also*/więc, pozostały, ale zmniejszyła się częstotliwość ich występowania. W strukturze semantycznej mniejsza była liczba powtarzanych fraz (*Redefloskeln*) i parafazji semantycznych; nieznacznie obniżył się stopień zaburzeń w zakresie wyszukiwania słów. Pacjentka wprawdzie korzystała teraz z rozbudowanego słownictwa, niemniej nie mogła go nadal używać właściwie i całkowicie spontanicznie. W zakresie struktury syntaktycznej X budowała kompletne zdania, w których tylko z rzadka występowały podwojenia niektórych ich części czy załamania.

zwalało na wykluczenie apraksji. Ponieważ w trakcie terapii X nie wykazywała oznak cierpienia i związanego z tym stresu (*Leidensdruck*), postanowiono, że będzie się pracować nad korektą lub poprawieniem oddechu dopiero na kolejnych etapach postępowania terapeutycznego.

Ponieważ zaobserwowano częściowe postępy, jakie X poczyniła w trakcie pobytu w klinice, można mówić o sukcesie terapeutycznym. Decyzja, aby pracować z pojedynczymi indywidualnymi symptomami choroby pacjentki, a nie z zespołem symptomów właściwych obrazowi klinicznemu choroby, okazała się właściwa i efektywna. Jak przypuszczano, w trakcie terapii wzrosła liczba produkowanych przez X długich, złożonych zdań, spadła zaś liczba agramatyzmów. Połączenia między zdaniami były jednak z reguły mało elastyczne stylistycznie, niemniej używano więcej zróżnicowanych struktur niż na początku terapii. Jak zauważyli Hartje i Poeck (2002), mimo niewielkiego polepszenia w tym zakresie, koherencja tekstu była nadal ograniczona.

Jak wykazano, X zrobiła w trakcie terapii wyraźne postępy. W raporcie końcowym z pobytu w klinice zaproponowano kolejne środki, dzięki którym można było oczekiwać dalszych postępów w obrębie umiejętności językowych X. Pacjentka miała świadomość swoich zaburzeń, dobrą pamięć i motywację, co więcej: była przekonana o konieczności kontynuowania terapii. Stąd można było oczekiwać kolejnych postępów w obrębie umiejętności językowych.

Deficyty, jakie wystąpiły u pacjentki wskutek choroby, nie przedstawiały pod koniec terapii żadnych większych obciążeń dla jej codziennego funkcjonowania. Jak zauważono wcześniej, X przed chorobą była gospodynią domową, a więc osobą niepracującą zawodowo. Nie było zatem trudności z jej ewentualnym powrotem do poprzednich zajęć. Ponieważ była przede wszystkim odpowiedzialna za dom, właśnie te aspekty zostały włączone do terapii. Poprawiły się zarówno produkcja, jak i rozumienie mowy, co umożliwiło pacjentce poprawne przekazywanie codziennych komunikatów. Pacjentka mogła tworzyć listę życzeń w trakcie zakupów, a także gotować na podstawie przepisu. Mogła również porozumiewać się telefonicznie. Na jej powrót do codziennego życia dobrze wpływało wsparcie męża i szerokiego kręgu znajomych. Mogła powrócić do swojego hobby i przyjaciół, choć nie bez trudu. Ograniczona szybkość mowy i wciąż istniejące problemy z wynajdywaniem słownictwa ograniczyły jednak mowę spontaniczną. Wysoka motywacja X w połączeniu z kolejnymi terapiami i cierpliwością partnerów rozmowy mogły jednak je zredukować.

W raporcie końcowym zapisano, że kontynuacja terapii językowej jest u X konieczna. Miała być prowadzona na oddziale terapii językowej kliniki uniwersyteckiej. Należało dalej pracować nad rozumieniem zdań i polepszeniem struktur syntaktycznych. W ramach terapii należało także zwrócić szczególną uwagę na zachowania komunikacyjne i zaburzenia związane z wyszukiwaniem słów. Baza do dalszej terapii jąkania neurogennego i dysartrii przygotowana w trakcie opisanej w artykule terapii stanowiła punkt wyjścia dla późniejszego postępowania terapeutycznego. Wraz z motywacją pacjentki mogło to doprowadzić do niwelacji symptomów.

Ocena przydatności AAT w pracy logopedy

Acheńską baterię afazji (AAT) w krajach niemieckojęzycznych uważa się za znormalizowane i psychometrycznie dostosowane dobre narzędzie diagnostyczne w przypadku zaburzeń afatycznych (Huber 1983), nie jest ono jednak wolne od ograniczeń. Tesak (2006) oraz Wehmeyer i Grötzbach (2006) wskazują, że AAT jest znormalizowana dla afazji z etiologią tętniczą. Bazuje także na fundamentach neoklasycznych, co w konsekwencji sprawia, że występujące deficyty są nadal różnicowane na syndromy. AAT nie obejmuje wielu umiejętności, np. produkcji tekstu, przepracowywania liczb, nazywania pisemnego czy wyliczania (*Reihnesprechen*). Użycie AAT jest także niewygodne ze względu na potrzebny czas: przeprowadzenie testu trwa od 60 do 90 minut, natomiast jego pełna ocena wymaga kolejnych 60 minut. Dodatkowo bardzo ograniczona jest tu ocena mowy spontanicznej. Wehmeyer i Grötzbach (2006) wskazują, że w trakcie oceny nie można wskazać żadnych zgodnych punktów. Zgodnie z opinią wymienionych autorów w trakcie kontroli procedury terapeutycznej zauważono modyfikację w obrębie języka spontanicznego dopiero przy różnicy dwupunktowej, co należy odnosić do skali sześciopunktowej. Poziomy oceny zostały więc skonstruowane w AAT w sposób niewyważony, a przecież język automatyczny i struktura syntaktyczna mają wyraźne znaczenie dla dyferencjacji, gdyż jeśli nie mogą zostać ocenione właściwie, prowadzi to do błędnego porządkowania syndromów i nie może zostać skorygowane przez kolejne podtesty. AAT nie prowadzi także do wyciągnięcia konkluzji na temat umiejętności komunikacji codziennej, nie uwzględnia bowiem ani mimiki, ani gestów. Niemniej dlatego, że nie ma do dziś dla AAT żadnej psychometrycznie zestandaryzowanej alternatywy, używa się jej mimo przedstawionych problemów.

> Psycholingwstyczne, modułowe (*modular orientierte*) postępowanie w afazji prowadzi do perspektywy zorientowanej na symptomy i zarazem redukcjonistycznej: zaniedbuje w ten sposób perspektywę komunikacyjną i nie pracuje z psychofizycznymi konsekwencjami afazji. Dodatkowo takie elementy, jak kompensacja, reakcja i reorganizacja systemu funkcjonalnego są włączane tutaj w małym stopniu (Goldstein 1948, cyt. za: Tesak 2006: 47).

W taki sposób Goldstein opisywał wady procedury zakładającej zorientowanie na model. Istnieją jednak bezpośrednie informacje dotyczące ograniczeń funkcjonalnych względnie ich zaburzonych przebiegów, co umożliwia terapeutom językowym prowadzenie terapii zorientowanej na model oraz planowanie i kontrolę terapii, która wymaga ich interwencji. Dodatkowo, zdaniem Tesaka (2006), modelowane mogą być także struktury wsparcia. Grohnfeldt (2007) wskazuje jednak, że z modelu nie da się bezpośrednio wyprowadzić postępowania terapeutycznego. W przypadku prezentowanego *case study* zorientowanie na model stanowiło wsparcie w trakcie planowania terapii, co w połączeniu z orientacją na symptomy i indywidualizację zaburzeń pacjentki doprowadziło do uzyskania przedstawionych wyników terapeutycznych.

Literatura

Grohnfeldt M. (red.), 2007, *Lexikon der Sprachtherapie*, Stuttgart: Kohlhammer.
Haag E., 1985, *Repetitives Sprachverhalten bei schwerer Aphasie*, Nervenarzt 56: 543–563.
Hartje N., Poeck K., 2002, *Klinische Neuropsychologie* 5, Auflage. Thieme Verlag.
Huber W., Poeck K., Weniger D., Willmes K., 1983, *Aachener Aphasie-Test (AAT)*, Achen.
Levelt W.J.M., 1989, *Speaking: From intention to articulation*, Cambridge, MA: MIT Press.
Levelt W.J.M. (red.), 1993, *Lexical access in speech production*, Cambridge: Blackwell.
Pękacka A.M., 2018, *Modele przetwarzania języka w przypadku afazji Broki w badaniach z obszaru niemieckojęzycznej lingwistyki klinicznej* [w:] *Głos – Język – Komunikacja 4: Funkcjonowanie społeczne dzieci z problemami komunikacyjnymi*, red. A. Myszka, K.I. Bieńkowska, I. Marczykowska, Rzeszów: Wydaw. Uniwersytetu Rzeszowskiego.
Tesak J., 1999, *Grundlagen der Aphasietherapie 2*., überarb. Aufl. Idstein: Schulz-Kirchner.
Tesak J., 2006, *Einführung in die Aphasiologie*, Stuttgart – New York: Thieme Verlag.
Wehmeyer M., Grötzbach W., 2006, *Aphasie – Wege aus dem Sprachdschungel*, Berlin: Springer Verlag.

Therapy and diagnosis of Broca aphasia based on models of speech proceeding in studies of German-speaking speech and language pathology – a case study

Summary

The paper is the second, practical part of a mini-series on therapy of aphasic patients in a German-speaking Switzerland. It refers to the theoretical paper *Models of language processing in case of Broca's aphasia in research from the area of the German speaking clinical linguistics* that was published previously in "Głos – Język – Komunikacja", vol. 4. It is a case study of a diagnosis and therapy of a 59-year-old patient after a subarachnoid haemorrhage. Both processes – diagnostic and therapeutic – were based upon the Tesak's logogen model and the Levelt model.

Keywords: aphasia, diagnosis, Speech Production Models, case study