

Krystian Manicki 

Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy, Wydział Pedagogiki, Katedra Pedagogiki Specjalnej i Logopedii
ul. J.K. Chodkiewicza 30, 85-064 Bydgoszcz, e-mail: krystian.manicki@onet.pl

Terapia afazji niejedno ma imię. O grupowej rehabilitacji logopedycznej dorosłych z zaburzeniami afatycznymi

Many a face of aphasia treatment: On group speech therapy
for adults with aphasic disorders

Słowa kluczowe: afazja, grupowa terapia logopedyczna, zaburzenia mowy i języka

Keywords: aphasia, group speech therapy, speech and language disorders

Streszczenie

Artykuł podejmuje próbę zarysowania problematyki terapii grupowej chorych z afazją. Autor czerpie z własnych doświadczeń klinicznych. Część wstępna stanowi wprowadzenie do tematyki zaburzeń afatycznych z uwzględnieniem zagadnień terminologicznych oraz odniesieniem do kwestii epidemiologicznych. Dalej środek ciężkości zostaje przesunięty na grupową terapię logopedyczną osób z afazją. Istotne miejsce zajmuje tu zestawienie głównych możliwości i ograniczeń, jakie potencjalnie niesie ze sobą taka terapia w zależności od rodzaju grupy, a także dyskusja z niektórymi założeniami. W kolejnej części autor – logopeda na co dzień pracujący z hospitalizowanymi pacjentami zmagającymi się z zaburzeniami afatycznymi – omawia propozycje czterech terapeutycznych sesji zajęciowych, które miał sposobność zrealizować w swojej praktyce klinicznej. Zakończenie podsumowuje kluczowe ustalenia i przynosi garść odautorskich refleksji.

Abstract

The article attempts to outline selected issues and aspects of group therapy for subjects with aphasia. The author is a speech-language therapist working with aphasic inpatients, and as such draws on his clinical experience. The introduction discusses aphasia in general, particularly the related terminology and epidemiology. The focus of the subsequent part is on group speech therapy for adults with aphasia. One key point here is a comparative analysis of the main opportunities and challenges which this form of therapy may carry, depending



© by the author, licensee Łódź University – Łódź University Press, Łódź, Poland.
This article is an open access article distributed under the terms and conditions
of the Creative Commons Attribution license CC-BY-NC-ND 4.0
(<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

Data złożenia: 11.10.2022. Data przyjęcia: 28.11.2022

on the type of group in question. The comparison is accompanied by the author's remarks on some of the assumptions made. The following section of the paper presents and elaborates on four proposals for therapeutic group sessions, all of which have already been implemented in his clinical practice. The conclusion briefly summarises the key findings as well as brings a handful of final reflections on the topic discussed.

Wprowadzenie

Możliwie pełne uchwycenie sedna terminu „afazja” pod postacią naukowego opisu stanowiło zawsze przedmiot polemik. Od momentu jego wprowadzenia przez Armanda Trousseau w drugiej połowie XIX w., dla zastąpienia wcześniejszego określenia „afemia”¹, powstało kilkaset (*sic!*) definicji afazji. Tak wiele stanowisk podejmujących próby oddania istoty tego zjawiska, formułowanych przez przedstawicieli różnych dyscyplin naukowych, świadczy z jednej strony o ogromnej złożoności problematyki zaburzeń afatycznych, a z drugiej o dążeniu do wypracowania jak najtrafniejszej ich charakterystyki.

W moim głębokim przekonaniu warto pochylić się szczególnie nad wybranymi podejściami, które skupiają się nie tyle na przyczynach afazji, ile przede wszystkim na jej skutkach. I tak według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO):

[...] afazja przejawia się jako zaburzenie poszczególnych funkcji językowych, na skutek którego dochodzi do dysfunkcji w zakresie komunikacji z innymi ludźmi, co z kolei prowadzi do powstania stanu niepełnosprawności spowodowanego izolacją społeczną, utratą ról społecznych itp. [za Pąchalska, 2011, s. 156].

Natomiast Ilias Papathanasiou, Patrick Coppens i Constantin Potagas [2013, s. XX] przyjmują, że jest to:

[...] nabyte selektywne zaburzenie modalności i funkcji językowych, wynikające ze zmiany ogniskowej zlokalizowanej w dominującej językowo półkuli mózgu, które wpływa na funkcjonowanie komunikacyjne i społeczne dotkniętej nim osoby, jakość jej życia, a także jakość życia jej krewnych i opiekunów [Papathanasiou, Coppens, Potagas, 2013, s. XX – tłum. własne].

Co prawda cytowany zespół badaczy nie pomija całkowicie kwestii etiologii zaburzeń afatycznych, wskazując jednoznacznie na uszkodzenie wiodącej w zakresie mowy półkuli mózgu, niemniej wyrażone przez nich stanowisko – podobnie

1 Termin „afemia” został zaproponowany w 1861 r. przez Paula Brokę, jednego z pionierów afazjologii. Określenie nie okazało się jednak trafne – pochodzące z greki słowo literalnie oznacza tyle, co „podłość” bądź „zła sława”. Cztery lata później Armand Trousseau wyszedł z inicjatywą nowej nazwy, która przyjęła się i obowiązuje do dziś [Panasiuk, 2015, s. 870].

jak w przypadku definicji WHO – główny nacisk kładzie na bezpośrednie i pośrednie konsekwencje omawianych zaburzeń. Należy w tym miejscu podkreślić, że takie wyeksponowanie społecznych skutków afazji, zarówno dla osoby nią dotkniętej, jak i jej najbliższych, odzwierciedla charakterystyczną, acz stosunkowo nową tendencję – zarówno w medycynie, jak i w naukach społecznych – do odchodzenia od czysto medycznego ujmowania chorób i zaburzeń na rzecz tworzenia ich biopsychospołecznych modeli. Otoczenie społeczne pacjenta z afazją nie tylko doświadcza jej skutków, ale także odgrywa istotną – można nawet powiedzieć kluczową – rolę w jego rehabilitacji.

Afazja – jako zespół dysfunkcji językowych i komunikacyjnych radykalnie obniżających jakość życia chorych, a pośrednio również zdrowych osób z ich kręgu – stanowi przykład zaburzeń o coraz szerszym zasięgu, dotyczących coraz większej liczby ludzi. Wprawdzie jeśli chodzi o ścisłe dane epidemiologiczne, a w zasadzie ich brak², to bezspornym faktem pozostaje, iż:

[...] może się ona [afazja – przyp. K.M.] ujawnić na skutek różnych chorób neurologicznych, począwszy od chorób naczyniowych przez urazy czaszki po choroby onkologiczne czy zatrucia toksynami. Takie zróżnicowanie nie pozwala dokładnie szacować liczby pacjentów z afazją [Rutkiewicz-Hanczewska, 2021, s. 156].

W związku z tym dane procentowe i liczbowe, na które powołują się poszczególni badacze, bywają znacząco odmienne, co widać wyraźnie choćby tylko na przykładzie afazji poudarowej³. Według Marii Pąchalskiej z zaburzeniami afatycznymi zmagają się w przybliżeniu 60% osób po przebytych udarze mózgu, co przy około 200 tys. przypadków udaru każdego roku w naszym kraju przekłada się na mniej więcej 120 tys. przypadków afazji [Pąchalska, 2012, s. 95]. Natomiast Małgorzata Rutkiewicz-Hanczewska przyjmuje, iż „afazja pojawia się u około 30% chorych z udarem. Ponieważ w Polsce co roku mamy do czynienia ze średnio 65 tys. pacjentów z udarem [...], rehabilitacji z powodów afazji wymaga corocznie około 19 500 kolejnych osób” [Rutkiewicz-Hanczewska, 2021, s. 157]. Zasadniczo jednak – mimo wszelkich rozbieżności – jeżeli za punkt odniesienia przyjąć, że odpowiedzialne za więcej niż połowę wszystkich wystąpień afazji są udary mózgu⁴, to biorąc pod uwagę rosnącą zapadalność na te ostatnie, nietrudno ustalić, że przybywa także chorych

2 Maria Pąchalska zwraca uwagę, iż „w Polsce nie było dotąd ogólnokrajowych badań statystycznych dotyczących epidemiologii afazji i jej przyczyn” [Pąchalska, 2012, s. 95].

3 Zdaniem Małgorzaty Rutkiewicz-Hanczewskiej „dane epidemiologiczne dotyczące rozpowszechnienia afazji [poudarowej – przyp. K.M.] są rozbieżne z powodów metodologicznych” [Rutkiewicz-Hanczewska, 2021, s. 156].

4 Jak pisze Maria Pąchalska [2012, s. 95]: „klinicyści oceniają, że udar mózgu może być przyczyną ponad połowy wszystkich przypadków afazji (urazy czaszki wywołują około jedną czwartą przypadków, a guzy i zatrucia toksyczne mózgu to pozostałe przyczyny afazji)”.

z afazją. Udary zalicza się do chorób cywilizacyjnych, można więc w ich przypadku zakładać długofalową tendencję wzrostową. W konsekwencji również afazja stanie się „problemem narastającym”, jak w tytule jednego ze swoich tekstów określiła ją Jolanta Panasiuk [2005]. Autorka wyraża w nim pogląd, zgodnie z którym:

[...] afazja nie jest zagadnieniem marginalnym w skali społecznej, ale stanowi poważny problem zarówno ze względu na częstość jej występowania, jak również z powodu następstw związanych z dalszym funkcjonowaniem samego chorego oraz członków jego najbliższej rodziny [Panasiuk, 2005, s. 336].

Co za tym idzie:

[...] potrzeba rehabilitacji logopedycznej osób po incydentach mózgowych staje się coraz częstsza, istnieje konieczność wypracowania optymalnych metod diagnozowania i terapii zaburzeń wyższych czynności psychicznych [Panasiuk, 2005, s. 351–352].

Niejako w nawiązaniu do zacytowanych fragmentów, szczególnie drugiego z nich, pozostała część niniejszego artykułu skupia się na grupowej rehabilitacji logopedycznej osób z afazją jako tej metodzie terapii zaburzeń afatycznych, której – mimo drzeмиącego w niej bezspornie potencjału – wciąż nie poświęca się w moim odczuciu wystarczającej uwagi ani w krajowym piśmiennictwie, ani w praktyce klinicznej.

Grupowa terapia logopedyczna osób z afazją

Praca z pacjentami dotkniętymi afazją może przybierać formę indywidualnych spotkań z terapeutą oraz zajęć zorganizowanych w grupie. Dotyczy to również podejmowanych oddziaływań logopedycznych. Agnieszka Hamerlińska definiuje grupową terapię logopedyczną jako:

[...] proces korygowania mowy, w którym fachowo przygotowany specjalista-logopeda wykorzystuje dostępne materiały dydaktyczne, swoją wiedzę oraz współpracę dobranej grupy w celu „naprawy” posiadanych zaburzeń mowy [Hamerlińska, 2009, s. 59]⁵.

Badaczka wskazuje na odpowiedzialność logopedy za pracę całej grupy, ale podkreśla zarazem możliwość wzajemnego oddziaływania na siebie wszystkich osób wchodzących w jej skład:

5 Gwoli ścisłości zaznaczam, że bezpośredni punkt odniesienia dla artykułu Hamerlińskiej stanowi grupowa terapia logopedyczna dzieci przedszkolnych z dyslalią. Niemniej jednak zaproponowana przez autorkę definicja ma charakter uogólniony.

Zmotywowana postawa każdego uczestnika wobec terapii może zachęcać do brania w niej udziału inne osoby, a także każdy jej uczestnik może nieść pomoc drugiemu przy przezwyciężaniu problemów związanych z danym zaburzeniem [Hamerlińska, 2009, s. 59].

Hamerlińska – logopeda i psycholog – wprost odwołuje się do definicji psychoterapii grupowej, w tym do ujęcia Petersena, który postulował wprowadzenie pojemniejszego określenia „terapeutyczna praca grupowa”. Moim zdaniem grupowa terapia logopedyczna doskonale wpasowuje się we wspomniany koncept.

W odniesieniu do afatycznych zaburzeń mowy Ewa Humeniuk przypomina, że dopiero „w połowie XX wieku terapia grupowa dla osób z afazją została zaakceptowana jako praktyczny sposób poprawy komunikacji” [Humeniuk, 2021, s. 231]. Od tamtej pory zdążyła ona zyskać na popularności, co część badaczy przypisuje m.in. czynnikom ekonomicznym [por. Litwin, Pietrzyk, Seniów, 2011, s. 79; Pietrzyk-Krawczyk, Grzeszczuk⁶, 2019, s. 151]. Bez wątplenia jednak o uznaniu dla grupowych oddziaływań terapeutycznych decydują także inne przesłanki. Niektórzy naukowcy upatrują nawet większych korzyści płynących z terapii grupowej niż indywidualnej. Wymownym przykładem są tutaj ustalenia zespołu amerykańskich uczonych sprzed kilku lat [Fama i in., 2016, s. 276–283]. Swoimi badaniami objęli oni dziesięcioro pacjentów z afazją niepełną, uczestniczących w indywidualnym i grupowym treningu mowy. Okazało się, iż to właśnie w ramach drugiej z wymienionych form rekonwalescencji inicjowali więcej aktów komunikacji, kierując się większą liczbą bardziej różnorodnych komunikacyjnych celów. Podkreślić należy także pogłębioną multimodalność przekazu w trakcie sesji grupowych, w tym z wykorzystaniem ekspresji niewerbalnej.

Warto w tym miejscu zaznaczyć, że na stopień efektywności omawianych oddziaływań rehabilitacyjnych znaczący wpływ będą miały dwa zasadnicze elementy: doświadczenie osoby prowadzącej zajęcia oraz właściwy dobór członków grupy [Pietrzyk-Krawczyk, Grzeszczuk, 2019, s. 151]. Pierwsza kwestia w przypadku zjawiska tak wieloaspektowego jak afazja ma – moim zdaniem – na tyle oczywisty wydźwięk, że nie wymaga pogłębionego komentarza. Odnotujmy jednak, iż rola terapeuty może manifestować się dwojako – przybierając charakter przodującego lidera-zarządcy bądź wspierającego obserwatora-doradcy (facylitatora). Jednym z czynników przesądzających o sukcesie terapeutycznym wydaje się znalezienie złotego środka i właściwe wyważenie obu tych modeli [por. Humeniuk, 2021, s. 231]. Co się zaś tyczy drugiego czynnika, można by postawić pytanie: „dobór właściwy to znaczy jaki?”. Zacząć trzeba od podstawowej konstatacji, że terapia grupowa afazji nie jest dedykowana chorym z najcięższymi zaburzeniami sprawności

6 Iwona Pietrzyk-Krawczyk i Paula Grzeszczuk przywołują badania prowadzone przez Roberta T. Wertz, Michaela J. Collinsa i Davida Weissa na początku lat osiemdziesiątych ubiegłego stulecia. Użyte przez nich wyniki wykazały „lepszą poprawę w efekcie indywidualnej [terapii afazji – przyp. K.M.], jednak biorąc pod uwagę niższy koszt prowadzenia zajęć grupowych, można je rekomendować co najmniej jako formę uzupełniającą” [Pietrzyk-Krawczyk, Grzeszczuk, 2019, s. 151].

językowych ani też pacjentom z głębokimi deficytami w obszarze pamięci, uwagi czy funkcji wykonawczych. To jednak nie wszystko. W praktyce klinicznej terapeuta mowy pragnący wdrożyć choćby elementy rehabilitacji grupowej pacjentów z afazją zetknie się najczęściej z grupami dwojakiego rodzaju. Pierwszy typ stanowią grupy homogeniczne, a więc złożone z osób, które charakteryzuje „zbliżony poziom funkcjonowania w komunikacji językowej, podobny profil deficytów językowych (rodzaj afazji)” [Litwin, Pietrzyk, Seniów, 2011, s. 82]. Przeciwnością są grupy heterogeniczne, w skład których wchodzi „pacjenci o różnym poziomie umiejętności komunikacyjnych oraz z różnymi deficytami językowymi” [Litwin, Pietrzyk, Seniów, 2011, s. 82]. Oczywiście idealne, uniwersalne rozwiązania nie istnieją i żaden z dwóch wspomnianych modeli grupy terapeutycznej nie jest pozbawiony mankamentów. Zestawienie zarówno kluczowych możliwości, które daje każdy z nich, jak i najistotniejszych ich ograniczeń, przedstawia tabela 1.

Tytułem wstępnego komentarza warto w tym miejscu poczynić pewną uwagę. W praktyce klinicznej logopeda ma często mniej lub bardziej ograniczony wpływ na dobór członków grupy terapeutycznej. Iwona Pietrzyk-Krawczyk i Paula Grzeszczuk wskazują, że „nie ma [...] sztywnych reguł doboru uczestników grupy, może to zależeć od osobistych preferencji i doświadczeń prowadzącego terapię” [Pietrzyk-Krawczyk, Grzeszczuk, 2019, s. 152]. Najpowszechniej spotykane w literaturze przedmiotu rekomendacje ograniczają się zwykle do optymalnej liczebności grupy oscylującej wokół pięciu osób, a także czasu trwania jednorazowej sesji terapeutycznej, tj. 60–90 minut [za Pietrzyk-Krawczyk, Grzeszczuk, 2019]. Jednak nawet jeśli terapeuta jest – przykładowo rzecz biorąc – zadeklarowanym zwolennikiem pracy z grupami homogenicznymi, to w rzeczywistości może się przecież okazać, że repertuar zaburzeń językowych osób hospitalizowanych w danym czasie jest na tyle zróżnicowany, iż nie przystają one do siebie w żaden sposób. Bywa i tak, że pacjenci zmagają się z tym samym typem afazji, lecz znacząco różnią się między sobą głębokością deficytu podstawowego. Potencjalna grupa, z jaką logopeda miałby wówczas do czynienia, stanowiłaby w zasadzie formę pośrednią między grupą homogeniczną (wspólny rodzaj zaburzeń afatycznych) a heterogeniczną (odmienne głębokości deficytu podstawowego).

O ile zgadzam się ze zdecydowaną większością ustaleń zaprezentowanych w tabeli 1, znajdujących potwierdzenie także w moim doświadczeniu klinicznym, o tyle do dwóch aspektów chciałbym się odnieść, dzieląc się swoimi przemyśleniami. Po pierwsze, kwestia integracji członków grupy – według tabeli 1 lepszej w grupach homogenicznych niż heterogenicznych – jest według mnie wypadkową wielu czynników, w tym pozamedycznych i pozajęzykowych, niezwiązanych z typem i stopniem nasilenia dysfunkcji. Na podstawie własnych obserwacji nabrałem przekonania, iż niebagatelną rolę odgrywają tu względy psychologiczne, osobowościowe, ale również m.in. wiek uczestników terapii grupowej. Co za tym idzie – uważam bezpośrednie utożsamianie jednorodnego składu osobowego grupy terapeutycznej z silniejszą integracją jej członków za zbyt daleko idące uproszczenie. Po drugie, możliwość porównywania przez pacjenta z afazją poziomu swoich deficytów z innymi chorymi wydaje się bardziej problematyczna, niż mogłoby to wynikać

z tabelarycznego podsumowania. Rzeczywiście, dla niektórych osób ma zapewne wymiar pobudzający i motywujący do podjęcia rehabilitacyjnego wysiłku. Nietrudno jednak wyobrazić sobie sytuację, gdy takie zestawienie własnych i cudzych zaburzeń będzie oddziaływać deprymująco, szczególnie na tego uczestnika terapii w grupie niejednorodnej, u którego poziom dysfunkcji jest najgłębszy. Z całą pewnością w jego przypadku nie sposób mówić o choćby potencjalnie lepszym samopoczuciu, uwzględnionym wszak w tabeli 1 pośród możliwości, jakie kreuje grupa heterogeniczna.

Tabela 1. Możliwości i ograniczenia grup terapeutycznych w rehabilitacji osób z afazją

	Grupa homogeniczna	Grupa heterogeniczna
Możliwości	Dostosowana intensywność pracy. Sfokosowanie na określonych deficytach. Wyższa efektywność podejmowanych działań. Silniejsza integracja uczestników.	Zintensyfikowanie pracy nad komunikacją. Koncentracja na zasobach (zachowanych funkcjach). Potencjalnie lepsze samopoczucie wynikające z możliwości porównania poziomu deficytów. Szansa na pomoc od członków grupy oraz wzajemne uczenie się.
Ograniczenia	Słabsze skoncentrowanie na umiejętnościach. Praca w mniejszym stopniu nad komunikacją. Niewielkie wsparcie ze strony pozostałych członków grupy. Znikoma możliwość, by porównać swoje dysfunkcje.	Cele terapii i jej plan problematyczne do wyznaczenia. Potrzeba znacznej elastyczności ze strony terapeuty, by <i>ad hoc</i> dostosowywać proponowane aktywności. Zróżnicowany wśród uczestników stopień adaptacji do dysfunkcji → nietatwa weryfikacja rezultatów terapii.

Źródło: opracowanie własne na podstawie Litwin, Pietrzyk, Seniów, 2011; Elman, Hoover, 2013; Pietrzyk-Krawczyk, Grzeszczuk, 2019

Niezależnie od przywołanych wcześniej ograniczeń i powyższych odautorskich uwag polemicznych przyznać trzeba, iż grupowe sesje terapeutyczne niosą ze sobą wiele niekwestionowanych korzyści, wśród których warto wymienić zwłaszcza pomoc w uświadomieniu pacjentowi nie tylko jego deficytów, lecz przede wszystkim zasobów (mocnych stron), poznanie rozmaitych strategii komunikacyjnych oraz wsparcie udzielane sobie nawzajem przez członków grupy. Wszystkie wspomniane zalety tej formy oddziaływań przekładają się bezpośrednio lub pośrednio na zmniejszenie poczucia odizolowania, tym samym prowadząc stopniowo do reintegracji społecznej. Oczywiście jest to proces rozłożony w czasie, nierzadko długotrwały. Niemniej, o ile to tylko możliwe, zmierza on do przywrócenia społeczeństwu osoby z afazją jako równoprawnego uczestnika życia społecznego, co stanowi niezaprzeczalną wartość *per se*⁷.

7 W mojej praktyce mogłem wielokrotnie zaobserwować kolejne etapy omawianego procesu. Głęboko w pamięci utkwił mi moment, gdy po raz pierwszy moi pacjenci – już po zakończonej sesji – przeniesli

Propozycje grupowych sesji terapeutycznych dla osób z afazją

Poniżej znajdują się cztery przykłady autorskich – zrealizowanych w praktyce klinicznej – zajęć grupowych przeznaczonych dla pacjentów z afazją.

Pierwszy przykład stanowią zajęcia grupowe przeprowadzane cyklicznie na podstawie zasad znanych z różnych formatów telewizyjnych. Byłem inicjatorem wprowadzenia do cotygodniowego planu pracy z pacjentami z afazją formy terapii grupowej inspirowanej popularnym teleturniejem *Koło Fortuny*. Na potrzeby rozgrywek terapeutka zajęciowa wykonała – wzorowane na tym z programu – drewniane koło (zob. fot. 1), które pomalowali sami pacjenci. Reguły nieznacznie zmieniono w ten sposób, że do rozgrywki przystępowały jednorazowo trzy pary zawodników. Gra w parach, a nie indywidualnie, daje poczucie wsparcia każdemu uczestnikowi i pozwala na współdzielenie odpowiedzialności za wynik. To ważne, ponieważ mimo zmodyfikowanej formuły, nienastawionej na bezpośrednią rywalizację, pacjenci nierzadko traktują swój udział w rozgrywce nad wyraz ambicjonalnie i emocjonalnie. Zgodnie z zasadami obowiązującymi w teleturnieju gracz po zakręceniu kołem i wylosowaniu określonej kwoty podaje spółgłoskę występującą jego zdaniem w odgadywanym hasle. Zależnie od rodzaju i głębokości afazji może dokonać wyboru werbalnie bądź też wskazując tę spośród wypisanych na kartce liter alfabetu, która odpowiada wytypowanej spółgłosce. Wolno również „kupować” samogłoski. Hasła w kolejnych rundach należą do różnych kategorii, a zapisywane są na tablicy z wykreskowaną liczbą liter. Na kole, oprócz stawek, znajdują się także dwa pola specjalne: BANKRUT oraz NAGRODA, którą stanowi dodatkowa sesja z logopedą. W finale zrezygnowano z limitu czasu, by nie wywierać zwiększonej presji na zawodników. Z uwagi na format *Koło Fortuny* można zaliczyć do kategorii gier i zabaw językowych. Dla pacjentów z afazją aktywne uczestnictwo w takiej formie zajęć jest znakomitym ćwiczeniem umiejętności analizy oraz syntezy zarówno literowej, jak i głoskowej. Co za tym idzie – wskazane będzie przede wszystkim dla osób ze zdiagnozowaną afazją motoryczną, a w szczególności jej kinestetyczną postacią [por. Panasiuk, 2015, s. 910]. Równocześnie – poza aspektem *stricte* językowym – chorzy czerpią korzyści w wymiarze motywacyjnym i integracyjnym. Terapia w kilkusobowych grupach sprzyja pogłębianiu wzajemnych relacji między pacjentami, a niewielki choćby element rywalizacji wpływa na nich mobilizująco i podnosi poziom motywacji do działania. W ujęciu holistycznym wspomniane elementy przyczyniają się do zaspokojenia potrzeby samorealizacji.

wzajemną interakcję na jedną ze szpitalnych sal, kontynuując wśród nieskrępowanych śmiechów poruszony na zajęciach temat.



Fotografia 1. Koło Fortuny

Źródło: zbiory własne

Inną inicjatywą jest przeprowadzenie zajęć z użyciem serwisu informacyjnego Dziennika Telewizyjnego. Trzeba w tym miejscu uściślić, że mowa o dzienniku w formacie znanym z czasów PRL. Pacjent z afazją wciela się w prezentera wiadomości. Jego rolą jest ustne uzupełnienie krótkiego tekstu z lukami – jedna luka zamiast ostatniego słowa w każdym zdaniu. Puste miejsca zawsze reprezentują pojedyncze wyrazy, głównie rzeczowniki i przymiotniki. Zakłada się wykorzystanie kontekstu zdaniowego, np.:

– Aktorka Joanna Szczepkowska ogłosiła w telewizji, że 4 czerwca 1989 r. skończył się w Polsce... KOMUNIZM.

– 13 grudnia 1981 r. wprowadzono w Polsce stan... WOJENNY.

Jak wiadomo, występujące w zdaniach wyrazy wchodzą ze sobą w rozmaite związki. Łączą je zarówno relacje semantyczne, wynikające z samych znaczeń słów, jak i relacje składniowe, gramatyczne, odwołujące się do zasad budowy zdań, odmiany poszczególnych ich elementów itp. Normy łączliwości znaczeniowej oraz syntaktycznej współdziałają ze sobą, zawężając pole aktualizacji wyrazu i skuteczniej naprowadzając na właściwe słowo. Podstawową moją rolą jako logopedy było zbudowanie na tyle jasnego i precyzyjnego kontekstu, by wywołać konkretny leksem. Nadmienić trzeba koniecznie, iż zadanie można ułatwić prezenterowi, zapisując zawczasu pierwszą literę każdego poszukiwanego wyrazu. Decyzja należy tu do terapeuty, który znając swoich pacjentów, będzie w stanie najlepiej ocenić zasadność podjęcia takiego kroku.

Fragmenty tekstów do uzupełnienia pochodzą z archiwalnych wydań Dziennika z lat siedemdziesiątych i osiemdziesiątych, dostępnych w internecie. Oczywiście zostały one najpierw odpowiednio zredagowane: skrócone i/lub uproszczone, by jak najtrafniej odpowiadały potrzebom oraz możliwościom pacjentów. Tego typu ćwiczenie będzie znakomitym uzupełnieniem regularnej terapii zaburzeń anomicznych. Przyświecała mi idea bezpośredniego odniesienia się do osób, sytuacji i wydarzeń, które chorzy mogą z dużym prawdopodobieństwem pamiętać. Nieprzypadkowo więc, jako że znaczną część pacjentów stanowiły osoby starsze, wybrałem właśnie wydania Dziennika Telewizyjnego sprzed trzech–czterech dekad. Autentyczne historie z tamtych lat pełnią funkcję swoistych kapsuł czasu, przywodzących na myśl określone skojarzenia, przywołujących konkretne obrazy i wspomnienia, a co za tym idzie – wywołujących spontaniczne reakcje emocjonalne. Tego typu „wzmocnienie” odgrywa niebagatelną rolę, umożliwiając choremu pełniejsze zaangażowanie w wykonywane zadanie. Sprzyja temu również przygotowane uprzednio wnętrze, zaaranżowane na studio telewizyjne sprzed kilku dziesięcioleci (zob. fot. 2). Takie elementy jak logo Dziennika czy stanowisko prezenterkie w formie przykrytego sukniem stołu, na którym znajduje się telefon stacjonarny oraz wazon z goździkami, wprowadzają odpowiednią atmosferę i dopełniają całości. Dodatkowym wyzwaniem dla większości pacjentów, ale i pewną atrakcją, była praca z ręcznym mikrofonem, do którego uczestnicy czytali uzupełniany tekst.

Innego rodzaju oddziaływaniem o charakterze terapeutycznym jest projekcja filmowa wraz z przeprowadzoną po niej pogadanką. Celowo nie użyto terminu „filmoterapia”, ponieważ w moim odczuciu słowo „terapia” – odmieniane przez wszystkie przypadki i stosowane w najróżniejszych połączeniach – bywa nadużywane. W żadnym razie nie deprecjonuje to jednak potencjału terapeutycznego filmu jako takiego. Potraktujmy zatem ten rodzaj oddziaływań jako uzupełniającą formę pomocy we właściwej terapii. Ewa Warmuz-Warmuzińska [2013, s. 40] wymienia następujące przejawy przywołanego wyżej potencjału:

- 1) dostarczanie pozytywnych uczuć;
- 2) wywoływanie *katharsis*, nastroju relaksacji, refleksji i rozluźnienia psychofizycznego;
- 3) aktywizowanie do działania i zmian.

Obraz filmowy można wykorzystać zarówno podczas indywidualnej sesji z pacjentem, jak i w ramach pracy z grupą. Moim zdaniem druga opcja stwarza więcej możliwości, gdyż toruje drogę do szerszej dyskusji, a niekiedy wręcz do ożywionej polemiki w kwestii odbioru filmu. Pacjentom z afazją w ramach takiego seansu można na przykład pokazać jeden z następujących filmów dokumentalnych: *Deep Love*⁸ lub *My Beautiful Broken Brain*⁹.

8 Film dostępny na platformie HBO Max [dostęp: 10.07.2022].

9 Film dostępny na platformie Netflix [dostęp: 11.07.2022].



Fotografia 2. Dziennik Telewizyjny

Źródło: zbiory własne

Pierwszy tytuł to polska produkcja z 2013 roku w reżyserii Jana P. Matuszyńskiego, opowiadająca historię ponadpięćdziesięcioletniego Janusza – cieszącego się życiem, aktywnego mężczyzny z pasjami, wśród których na pierwszym miejscu jest nurkowanie. Janusza poznajemy w momencie, gdy już od kilku lat zмага się z poważnymi następstwami udaru mózgu: niedowładem połowicznym prawostronnym i głęboką afazją. Obserwujemy jego codzienne zmagania z rzeczywistością, ale również ogromną siłę wsparcia udzielanego przez najbliższe mu osoby. Przede wszystkim jednak jesteśmy świadkami nieustępliwych dążeń Janusza do realizacji obranego celu: podróży do Egiptu, by tam, w pięknej jaskini, zanurkować na głębokość stu metrów. Mimo skutków udaru i wynikających z nich ograniczeń mężczyzna nie rezygnuje całkowicie ze swojej największej pasji. Nadal schodzi pod wodę, choć już nie sam. Tam niedowład nie ogranicza go tak, jak na powierzchni, a brak możliwości ustnej komunikacji traci na znaczeniu. Tylko nurkując, czuje się wolny, a przez to naprawdę szczęśliwy. Ostatecznie, wbrew opiniom wielu lekarzy, dopina swego i leci do Egiptu. Nie osiąga co prawda upragnionej głębokości, ale i tak schodzi na imponujące 62 metry.

Drugi dokument powstał w roku 2014, jego reżyserkami są Sophie Robinson i Lotje Sodderland. To produkcja brytyjska, ale dostępna w wersji z polskim lektorem. Film opowiada o życiu 34-letniej kobiety po przebytych udarach krwotocznym mózgu. Naszą bohaterkę poznajemy w drugim tygodniu od wylewu. Lotje – pomimo zachowanej w dobrym stopniu sprawności ruchowej – zмага się z innymi poważnymi konsekwencjami udaru. Największych problemów następcza jej niedowidzenie prawostronne oraz afazja. Kobieta ma trudności w znajdowaniu właściwych słów, nie potrafi czytać, pisać ani liczyć, boryka się też z zaburzeniami pamięci. Obserwujemy jej tytaniczną pracę nad

odzyskaniem sprawności: trzymiesięczny pobyt w szpitalu, gdzie poddawana była terapii psychologicznej i zajęciowej oraz rehabilitacji mowy, a następnie – już po wypisie – udział w eksperymentalnej terapii nieinwazyjnej przezczaszkowej stymulacji mózgu prądem stałym. Jesteśmy świadkami, jak niemal na sam koniec cyklu terapeutycznego Lotje doznaje ataku epilepsji i ponownie trafia do szpitala. Lekarze nie są w stanie z całą pewnością orzec, czy atak padaczkowy miał związek ze wspomnianą terapią. Na zakończenie filmu poznajemy przyczynę wystąpienia udaru u naszej bohaterki – okazują się nią wrodzona deformacja naczyń krwionośnych w mózgu. Dowiadujemy się również, że Lotje zakochała się i wyszła za mąż.

Pamiętajmy, że „im większe jest podobieństwo bohatera do widza, tym większe zaangażowanie widza w przeżywanie filmu” [Warmuz-Warmuzińska, 2013, s. 41]. Omawiane dokumenty mogą zatem skutecznie angażować odbiorcę emocjonalnie, a co za tym idzie – dysponują ogromnym walorem motywującym. Losy ich bohaterów, którzy nie poddają się przeciwnościom, i choć przeżywają chwile zwątpienia, to jednak wytrwale stawiają czoła wymuszonym przez chorobę ograniczeniom, wpływają na pacjentów krzepiąco. Równie istotna jest możliwość, którą te filmy stwarzają odbiorcom, aby „przepracować” swoje emocje. Osoby z afazją doświadczają wszak na co dzień złości, frustracji, wstydu, lęku i innych trudnych uczuć. Przejmująco pisze o tym m.in. Tadeusz T. Kaczmarek w swoich wspomnieniach [Kaczmarek, 2016]. Dla zwiększenia skuteczności wykorzystania potencjału filmów w terapii, zarówno te, jak i ewentualne inne produkcje warto po obejrzeniu wspólnie omówić. Taka dyskusja czy też pogadanka stwarza okazję do wymiany opinii na temat postaw bohaterów, podzielenia się przeżywanymi w związku z odbiorem filmu emocjami oraz refleksji nad własnymi ograniczeniami, ale i możliwościami. Warto także zaznaczyć, że „najbardziej wskazane jest, aby dyskusja odbyła się bezpośrednio po projekcji filmu, gdyż wtedy wrażenia są najbardziej intensywne” [Warmuz-Warmuzińska, 2013, s. 71].

Na koniec pochylmy się jeszcze nad szansami zastosowania aktywności artystycznej jako elementu rehabilitacji osób z afazją. Terapia sztuką może być pojmowana następująco: „układ poglądów i czynności ukierunkowanych na utrzymanie i podnoszenie poziomu jakości życia ludzi przy pomocy szeroko rozumianych dzieł sztuki i uprawiania sztuki” [Kaczmarska, 2017, s. 113]. W dotychczasowej pracy klinicznej pracowałem z pacjentami na podstawie elementów programu terapii sztuką w afazji autorstwa Marii Pąchalskiej [por. Pąchalska, 2012, s. 245]. Częściowo wykorzystywałem zaproponowane przez badaczkę procedury: dydaktyczną i diagnostyczno-terapeutyczną. Ta pierwsza uwzględniała zapoznanie się w zakresie tworzenia z jego formami (na zadany temat – poprzez odwzorowanie i z pamięci), środkami (wykorzystanie kolorystyki i perspektywy) oraz technikami (malowanie i rysowanie). Natomiast druga procedura w aspekcie diagnostycznym objęła ocenę zachowanych możliwości pacjentów w odniesieniu do identyfikowania, rozróżniania, a także odtwarzania kolorów i form przestrzennych. Z kolei w obszarze terapii

procedura skupiła się na redukowaniu zaburzeń gnozi i praksj, jak również dysfunkcji komunikacji werbalnej i/lub niewerbalnej, a zarazem na odbudowywaniu umiejętności praktycznego porozumiewania się w codziennych sytuacjach komunikacyjnych.

Pomimo szczerzy chęci nie mam możliwości przedstawienia efektów twórczej aktywności wszystkich pacjentów, z którymi dane mi było pracować. Wobec tego poniżej zaprezentowałem jedynie niewielką próbkę – ilustracje trzech rekonwalescentów po przebytych udarach mózgu (patrz fot. 3)¹⁰. Na jednym z obrazków znajduje się proteza zębowa – jego autorką jest pacjentka będąca stomatologiem. Gitarę namalował 60-letni muzyk-amator, koncertujący w kraju i za granicą ze swoim zespołem. Z kolei twórczyni ostatniego malunku najbardziej pasjonuje się uprawą roślin doniczkowych. Widać więc wyraźnie, że tematyka prac nie jest dziełem przypadku. Wszyscy artyści nawiązali do spraw wyjątkowo im bliskich, czy to ze względu na dotychczasową działalność zawodową, czy zainteresowania.



Fotografia 3. Prace plastyczne pacjentów

Źródło: zbiory własne

¹⁰ Z uwagi na ochronę danych osobowych nie jest możliwe podanie personaliów autorów prac.

Podsumowując tę część, oddajmy głos pionierce terapii sztuką osób z afazją – Marii Pąchalskiej: „Ponieważ terapia afazji jest najbardziej efektywna w działaniu, przeto program terapii sztuką, dzięki szerokim możliwościom scenariusza czynności, stwarza możliwości odbudowy językowego porozumiewania się” [Pąchalska, 2012, s. 251]. Nadbudowując grunt pod sytuacje komunikacyjne, pacjenci nie tylko włączają się w dialog, ale również sami go inicjują, wykazując się przy tym różnorodnością form ekspresji. To niezwykle ważne dopełnienie klasycznej terapii logopedycznej, choćby przez pryzmat podejmowania prób komunikowania się w celu nawiązania i/lub podtrzymywania relacji tak z terapeutą, jak i z innymi pacjentami.

Zakończenie

W moim przeświadczeniu potencjał drzemący w grupowej terapii afatycznych zaburzeń mowy jest na tyle znaczący, by przyznać jej w pełni zasłużone miejsce równorzędne z analogicznymi oddziaływaniami indywidualnymi. Gdyby ograniczyć się do wskazania jednego kluczowego elementu przesądzającego o owym potencjale, to – jak piszą Marika Litwin, Iwona Pietrzyk i Joanna Seniów [2011, s. 80] – „nie sposób przecenić motywujące oddziaływanie grupy”.

Naturalnie w praktyce nie jest wcale tak, że osoby z afazją każdorazowo przyjmują dobrodziejstwo zajęć grupowych z bezkrytycznym zachwytem. Bywa z tym różnie. Także w moim doświadczeniu klinicznym chorzy nie zawsze reagowali z jednokowym zapałem na taki sposób pracy. O ile pewna grupa od razu podchodziła entuzjastycznie do zajęć w tej formie, o tyle niektórzy pacjenci – nie będąc początkowo w stanie dostrzec wyraźnych pożytywów – już na wstępie deklarowali, że nie wezmą w nich udziału. Nie da się wykluczyć, że wpływ na ich podejście – np. w zakresie aktywności manualnych/plastycznych – miała swoista infantylizacja (w ich odczuciu) tego typu działań, a być może i skojarzenia szkolne, niekoniecznie przecież pozytywne. Zdarzało się również, że rekonwalescenci – choć nie w pełni przekonani co do celowości przedsięwzięcia – dawali się nakłonić do udziału w nim, pod warunkiem że będą jedynie obserwatorami, a nie aktywnymi uczestnikami. Uzyskiwali na to zgodę, gdyż nie można prowadzić terapii wbrew woli pacjenta. Do tego już sama obecność osoby z niepełnosprawnością na zajęciach w takiej formie wiąże się z integracją z grupą, a co za tym idzie – z możliwością nawiązywania i podtrzymywania relacji. Jest więc ze wszech miar korzystna.

Z czasem zdecydowana większość rekonwalescentów zaczęła dostrzegać korzyści, a nawet czerpać przyjemność z uczestnictwa w zajęciach grupowych. Obdarzając się stopniowo wzajemnym wsparciem oraz troską, inicjowali oni coraz więcej aktów komunikacyjnych, dzieląc się swoimi myślami i uczuciami. Wielu z nich dzięki tym rozmowom przestało postrzegać się wyłącznie przez pryzmat towarzyszącej im niepełnosprawności, a zaczęło patrzeć na siebie z całkiem nowej perspektywy,

co nie pozostało bez znaczenia nie tylko dla przebiegu samej terapii logopedycznej, ale także innych form oddziaływań rehabilitacyjnych.

Moim zdaniem zapewnienie pacjentom przestrzeni do nawiązywania nowych relacji, a tym samym sposobności do zaspokajania potrzeb komunikacyjnych, przy jednoczesnym umożliwieniu hospitalizowanym chorym po prostu efektywniejszego zagospodarowania czasu w trakcie pobytu w szpitalu, decyduje o celowości i powodzeniu aktywności reedukacyjnych podejmowanych w grupie¹¹. Wszystko to – w połączeniu z niezwykle istotną a podkreśloną w pierwszym akapicie niniejszego podsumowania motywującą rolą grupy – stanowi sedno grupowej terapii afazji.

Literatura

- Elman R.J., Hoover E., 2013, *Integrating Communication Support into Aphasia Group Treatment*, [w]: N. Simmons-Mackie, J.M. King, D.R. Beukelman (red.), *Supporting Communication for Adults with Acute and Chronic Aphasia*, Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co, s. 189–220.
- Fama M.E., Baron C.R., Hatfield B., Turkeltaub P.E., 2016, *Group Therapy as a Social Context for Aphasia Recovery: A pilot, observational study in an acute rehabilitation hospital*, „Topics in Stroke Rehabilitation”, Vol. 23(4), s. 276–283.
- Hamerlińska A., 2009, *Grupowa terapia logopedyczna – wybór czy przymus logopedy?*, [w]: E. Przygońska, I. Chmielewska (red.), *Nauczyciele wobec wyzwań współczesności. Doświadczenia – badania – koncepcje*, Łódź: Wydawnictwo WSHE, s. 57–67.
- Humeniuk E., 2021, *Terapie wspomagające dla osób z afazją*, [w]: Z. Tarkowski (red.), *Afazjologia. Organiczne zaburzenia mowy*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, s. 225–238.
- Kaczmarek T.T., 2016, *Udar mózgu i afazja. Wspomnienia Tadeusza T. Kaczmarka*, Warszawa: Wydawnictwo Difin.
- Kaczmarek B., 2017, *Twórczość artystyczna w życiu osób z niepełnosprawnością – indywidualny i społeczny wymiar arteterapii*, „Niepełnosprawność – Zagadnienia, Problemy, Rozwiązania”, nr 22, s. 107–129.
- Kądzielawa D., 1993, *Afazja*, [w]: T. Gałkowski, Z. Tarkowski, T. Zaleski (red.), *Diagnoza i terapia zaburzeń mowy*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, s. 69–78.
- Litwin M., Pietrzyk I., Seniów J., 2011, *Grupowa terapia afazji*, [w]: J. Gruba (red.), *Wybrane problemy logopedyczne*, Gliwice: Wydawnictwo „Fonem.eu”, s. 79–100.
- Panasiuk J., 2005, *Afazja – problem narastający*, [w]: S. Gajda, A. Markowski, J. Porayski-Pomsta (red.), *Polska polityka komunikacyjnojęzykowa wobec wyzwań XXI wieku*, Warszawa: Dom Wydawniczy Elipsa, s. 336–354.
- Panasiuk J., 2015, *Postępowanie logopedyczne w przypadkach afazji*, [w]: S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak (red.), *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, s. 869–916.

¹¹ Warto doprecyzować, iż grupowa rehabilitacja logopedyczna osób z zaburzeniami afatycznymi może być (i jest) prowadzona nie tylko w warunkach szpitalnych. Oddając więc sprawiedliwość wszystkim instytucjom i organizacjom, które takie działania podejmują, jak również kierując w ich stronę należne wyrazy uznania, wspomnę o dwu wymownych przykładach: Fundacji Wsparcia Osób z Zaburzeniami Komunikacji „Między Słowami” z siedzibą w Gdyni oraz poznańskim Stowarzyszeniu „Afazja”.

- Papathanasiou I., Coppens P., Potagas C., 2013, *Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders*, Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- Pąchalska M., 2011, *Patogeneza i neuropsychologiczna diagnostyka afazji*, [w]: Ł. Domańska, A.R. Borkowska (red.), *Podstawy neuropsychologii klinicznej*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, s. 153–194.
- Pąchalska M., 2012, *Afazjologia*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Pietrzyk-Krawczyk I., Grzeszczuk P., 2019, *Terapia grupowa chorych z afazją*, [w]: J. Seniów (red.), *Terapia neuropsychologiczna dorosłych chorych z uszkodzeniami mózgu*, Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii, s. 150–158.
- Rutkiewicz-Hanczewska M., 2021, *Afazja w ujęciu holistycznym*, [w]: Z. Tarkowski (red.), *Afazjologia. Organiczne zaburzenia mowy*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, s. 147–169.
- Warmuz-Warmuzińska E., 2013, *Filmoterapia w edukacji i terapii dzieci i młodzieży szkolnej oraz dorosłych. Scenariusze zajęć z wykorzystaniem filmów*, Warszawa: Wydawnictwo Difin.