

Justyna Socha\*

## Mowa 80-letniej pacjentki z afazją sensoryczno-motoryczną – studium przypadku

SPEECH OF A 80-YEAR-OLD PATIENT WITH SENSORY-MOTOR APHASIA – CASE STUDY

**Słowa kluczowe:** afazja sensoryczno-motoryczna, mowa, komunikacja językowa

**Key words:** sensory-motor aphasia, speech, linguistic communication

### Wprowadzenie

Komunikacja językowa jest postrzegana jako czynność bardzo prosta i oczywista. Większość osób nie zdaje sobie sprawy, jak trudno funkcjonować bez możliwości mówienia. Osoba, u której wystąpiła afazja, czyli utrata zdolności czy to nadawania czy rozumienia mowy, na ogół czuje się wyobcowana, pacjent z afazją bywa niezrozumiany przez ludzi w swoim otoczeniu. Często dość długo nie zdaje sobie sprawy, że słowa oraz wypowiedzi, które są przez niego produkowane, ulegają deformacji. Gdy w końcu nastąpi pierwsza konfrontacja z zaburzeniem, w odczuwanych przez chorego emocjach pojawia się dezorientacja i strach. Afatykowi ciężko funkcjonować w otaczającym go świecie. Produkowanie oraz rozumienie mowy jest skomplikowanym mechanizmem, który wymaga wiele uwagi oraz systematycznej pracy pacjenta, jego najbliższych oraz logopedy. Aby zaprogramować terapię odpowiednią dla danego pacjenta, należy przeprowadzić badania niezbędne do postawienia diagnozy.

W pierwszej części artykułu zaprezentowano zagadnienia teoretyczne dotyczące afazji oraz metodologię przeprowadzonych badań. Następnie zamieszczono najważniejsze informacje dotyczące badanej, szczegółowy opis przeprowadzonego badania

\* Zakład Dialektologii Polskiej i Logopedii, Instytut Filologii Polskiej i Logopedii, Wydział Filologiczny Uniwersytetu Łódzkiego, ul. Pomorska 171/173, 91-404 Łódź, e-mail: just.socha@wp.pl.

oraz postawioną diagnozę logopedyczną. Na koniec podano propozycję ćwiczeń terapeutycznych uwzględniających możliwości komunikacyjne pacjentki i jej zainteresowania.

## Terminologia, klasyfikacja oraz etiologia afazji

Myśląc o komunikacji werbalnej, można błędnie założyć, iż to, co potrzebne do mówienia, to tylko usta i język. Jednak w sytuacji, gdy uszkodzeniu ulegnie struktura ośrodkowego układu nerwowego odpowiedzialna za programowanie mowy bądź jej odbiór, diagnozuje się zaburzenie mowy zwane afazją.

W literaturze przedmiotu można odnaleźć wiele definicji tego zaburzenia. Jednak najczęściej przywołuje się definicję Mariusza Maruszewskiego, ponieważ uwzględnia on w niej patomechanizm zaburzenia, lokalizację uszkodzenia oraz zaburzone funkcje. W definicji wskazuje również na stopień i głębokości zaburzenia językowego (Panasiuk, 2012a, s. 569–621). Pisze on, że afazja to: „spowodowane organicznym uszkodzeniem odpowiednich struktur mózgowych częściowe lub całkowite zaburzenie mechanizmów programujących czynności mowy u człowieka, który już uprzednio opanował tę czynność” (Maruszewski, 1966, s. 98).

Według M. Maruszewskiego afazja dotyka osoby, które utraciły możliwość komunikowania się, a więc wcześniej zdobyły już odpowiednie kompetencje i sprawności językowe. Terapia dla takich osób jest niesamowicie ważna, ponieważ w większości przypadków tracą one możliwość dalszej pracy, nie mogą komunikować się z ludźmi w ich otoczeniu oraz – co najważniejsze – w większości przypadków nie będą mogły wrócić do życia, które wiodły przed chorobą.

Podobnie jak w przypadku wielu innych zaburzeń mowy mamy do czynienia z różnymi postaciami afazji. W literaturze znajdziemy wiele klasyfikacji tego zaburzenia, jednak logopedzi najczęściej korzystają z typologii stworzonej przez Aleksandra Łurję, który wyróżnił: afazję kinestetyczną (inaczej: aferentną lub dośrodkowo-ruchową), afazję kinetyczną (inaczej: eferentną lub odśrodkowo-ruchową), afazję motoryczno-dynamiczną, afazję akustyczno-gnostyczną, afazję akustyczno-mnestyczną, afazję semantyczną (Panasiuk, 2012b, s. 69).

Klasyfikacja, którą posłużono się w tym artykule, jest bardziej ogólna oraz używana zarówno przez logopedów, jak i lekarzy neurologów. Została ona podana przez Grażynę Jastrzębowską oraz Artura Kozołuba (1999, s. 585–610). Wyróżniają oni:

- afazję sensoryczną (czuciową),
- afazję motoryczną (ruchową),
- afazję sensomotoryczną (mieszaną),
- afazję amnestyczną,
- afazję całkowitą.

Przyczyn afazji jest wiele – wśród nich wymienić należy: urazy czaszkowo-mózgowe, które mogą wystąpić w konsekwencji upadku z wysokości, uderzenia w głowę bądź wypadku komunikacyjnego, różnego rodzaju guzy mózgu, choroby neurodegeneracyjne oraz zatrucia toksynami bądź tlenkiem węgla. Jednak jako najczęstszą przyczynę afazji uznaje się choroby naczyniowe. Polegają one na zaburzeniu dopływu krwi do mózgu. Najbardziej powszechną patologią naczyniową jest udar. W 20% incydentów naczyniowych są to udary krwotoczne, a w 80% udary niedokrwienne spowodowane zamknięciem bądź zwężeniem się tętnicy odpowiadającej za doprowadzenie krwi do mózgu (Panasiuk, 2014, s. 359–409). Udar niedokrwienny był przyczyną wystąpienia afazji sensoryczno-motorycznej u pacjentki, będącej obiektem badania.

## Metodologia badań

W przedstawionej pracy badawczej posłużono się metodą studium przypadku, ponieważ pozwala ona na wszechstronny opis pacjenta na podstawie analizy wszelkich dostępnych danych mających wpływ na stan, w którym się on znajduje. Studium przypadku to sposób badań polegający na analizie jednostkowych losów ludzkich uwikłanych w określone sytuacje wychowawcze lub na analizie konkretnych zjawisk natury wychowawczej przez pryzmat jednostkowych biografii ludzkich z nastawieniem na opracowanie diagnozy przypadku lub podjęcie działań terapeutycznych (Pilch, 2010, s. 78).

Przedstawione wyniki badań udało się uzyskać dzięki użyciu technik pośrednich i bezpośrednich, takich jak obserwacja, wywiad (z małżonkiem badanej), test diagnostyczny. Wykorzystano autorskie kwestionariusze wywiadu i obserwacji oraz test diagnostyczny zawarty w publikacji autorstwa Jadwigi Szumskiej *Metody badania afazji* (Szumska, 1980). Postępowanie diagnostyczne miało na celu m.in. ocenę sprawności narracyjnej i dialogowej, ocenę realizacji wypowiedzi zautomatyzowanych, ocenę zdolności powtarzania i realizacji ciągów zautomatyzowanych, ocenę możliwości czytania i pisanie.

## Charakterystyka badanej

Wywiad przeprowadzono z mężem pacjentki za pomocą kwestionariusza wywiadu opracowanego na podstawie pracy J. Panasiuk pt. *Afazja a interakcja. Tekst, metatekst, kontekst* (2012a). Osiem lat temu, w wieku 72 lat, pani Alicja doświadczyła udaru niedokrwinnego, po którym stwierdzono u niej afazję mieszaną. Pacjentka przebywała w szpitalu cztery tygodnie. Po okresie hospitalizacji logopeda zdiagnozował u chorej utrzymującą się afazję sensoryczno-motoryczną. Istotne dla diagno-

zy informacje, które otrzymano od męża, dotyczyły przede wszystkim sprawności komunikacyjnych pani Alicji sprzed momentu zachorowania. Pacjentka przed doświadczeniem udaru płynnie oraz chętnie mówiła, nie miała problemów z artykulacją. Badana ukończyła studia wyższe na kierunku geografia i aż do emerytury pracowała jako nauczycielka geografii w szkole średniej. Od młodości interesowała się turystyką i często brała udział w wycieczkach sekcji emerytów Polskiego Towarzystwa Turystyczno-Krajoznawczego.

Dzięki możliwości obserwacji oraz rozmowy z pacjentką zauważono, że – mimo problemów komunikacyjnych – jest szczęśliwą oraz otwartą osobą. To zachowanie z pewnością odróżnia badaną od większości pacjentów z afazją, których nastrój jest zdecydowanie obniżony. Pacjentka chętnie nawiązuje kontakt słowny zarówno z osobami jej bliskimi, jak i zupełnie obcymi. Podczas badania starannie oraz z pełnym zaangażowaniem starała się wykonywać każde zadanie. Mimo częstych niepowodzeń nie okazywała zniechęcenia.

## Ocena jakościowa badania mowy opisowej, dialogowej oraz zautomatyzowanych ciągów słownych

Pierwsza część badania dotyczyła umiejętności komunikacyjnych w zakresie mowy opisowej, dialogowej oraz zautomatyzowanych ciągów słownych. Pacjentka poproszona o opisanie przedstawionej ilustracji chętnie zrobiła to, używając jedynie rzeczowników. Zauważyła wszystkie szczegóły znajdujące się na obrazku<sup>1</sup>. Przykładowo, chcąc stwierdzić, że na ilustracji znajduje się wiele samochodów wskazała na jeden z nich, mówiąc *auto* i kolejno pokazywała każdy z nich palcem, powtarzając ten sam wyraz. Nie potrafiła utworzyć od niego formy liczby mnogiej. Analogicznie użyła stwierdzenia: *dom tu, tu i tu*. Gdy nie mogła przywołać z pamięci żadnego z potrzebnych słów, zaczynała gestykulować. Wskazała na pomarańczowe liście, a drugą ręką wykonała ruch spadania. Spytana, czy w ten sposób chce powiedzieć, że na obrazku panuje jesień, energicznie kiwała głową w geście potwierdzenia. Gdy pacjentka powiedziała *dziecko, pies*, badająca spytała: *Dziewczyna wyprowadza psa?*, badana odpowiedziała: *tak, tak, dziecko, pies*. Wypowiedź pacjentki była niepełna, towarzyszył jej styl telegraficzny i brak odmiany wyrazów. Badanie mowy dialogowej wypadło bardzo podobnie do mowy opisowej. Pacjentka nie użyła żadnej innej części mowy niż rzeczownik. Bardzo chętnie odpowiadała na pytania, używając gestów oraz posiłkując się realnymi przedmiotami. Poniżej przedstawiono szczegółowe odpowiedzi pacjentki.

---

1 Ilustracja znajduje się na s. 19 *Metod badania afazji* Jadwigi Szumskiej (1980). Przedstawia dzielnicę pełną budynków i samochodów. Po chodniku spaceruje młoda dziewczyna z psem na smyczy. Panuje jesień, liście na drzewach mają pomarańczowy kolor, a część z nich opadła już na ziemię.

Logopeda: *Jak się Pani czuje?*

Pacjentka: *Ja? Dobrze, dobrze.*

L: *Co jadła Pani dzisiaj na śniadanie?*

(Pacjentka wybiegła do kuchni i wróciła po chwili z kartonem mleka, płatkami śniadaniowymi oraz słoikiem kremu czekoladowego. Wniosła wszystkie produkty, nic przy tym nie mówiąc).

L: *Co to jest?*

P: *To, to i to.* (w tym samym czasie pacjentka ponownie unosi produkty spożywcze)

L: *Jaki jest Pani zawód?*

(Pacjentka po raz kolejny wybiegła z pokoju, tym razem po zeszyt ze słówkami. Odnalazła w nim słowo *geograf* i wskazała na nie palcem).

Przy badaniu zautomatyzowanych ciągów słownych badana sprawnie i samodzielnie policzyła od 1 do 6. Wymienienie cyfr 7 i 8 zajęło jej więcej czasu, a cyfr 9 i 10 badana nie wymieniła wcale. Pacjentka nie potrafiła również policzyć od 10 do 20. Samodzielnie wymieniła dni tygodnia: *sieden, wtorek, środa, czwartek, wspantek, sobota, dziela*. Zajęło jej to sporo czasu, a przy trzech wyrazach widoczne są zaburzenia ich struktury. Poproszona o wymienienie nazw miesięcy powiedziała: *styczeń, suty, marzec*, następnie z pomocą: *wiekawe, maj, pierwiec*. Pacjentka nie potrafiła wymienić nazw sześciu pozostałych miesięcy. Chętnie współpracowała oraz chciała wykonywać polecenia badającej, ale często nie mogła przywołać z pamięci odpowiednich wyrazów lub prawidłowo ich wymówić. W konwersacji używała tylko bardzo prostych słów oraz gestykulacji.

Komunikacja werbalna z kobietą jest wysoce utrudniona, mimo jej wielkich chęci. W przypadku komunikacji niewerbalnej każdy, kto włoży choć trochę trudu w próbę odczytania intencji chorej, będzie w stanie zrozumieć jej komunikaty.

## Ocena jakościowa badania powtarzania głosek, sylab, wyrazów oraz zdań

Następna z przeprowadzonych prób dotyczyła powtarzania głosek, sylab, wyrazów oraz zdań. Badana nie miała żadnego problemu z wymową samogłosek ustnych, jednak przy samogłoskach nosowych dokonywała zamian, na przykład [a] → [o], [ę] → [be]. Badana sprawnie i w większości przykładów poprawnie powtórzyła spółgłoski. Dwukrotnie (na czternaście różnych prób) zamieniła głoski: [b] → [m] oraz [z] → [w]. Próby powtarzania sylab i prostych słów przebiegły bezbłędnie, dopiero przy trudnych słowach badana napotkała trudności artykulacyjne. Prawidłowo powtórzyła jedynie dwa słowa: *latarka* i *etażerka*. Reszty słów, takich jak: *wentylator, kwalifikacja, klasyfikacja* czy *retrospekcja*, pacjentka nie powtórzyła. Badanie bezsensownych słów wypadło bardzo słabo. Pacjentka nie powtórzyła żadnego wyrazu prawidłowo.

Słowa takie jak *timsa*, *kikma* były dla niej niezrozumiałe, dziwiła się, że jest proszona o ich wymówienie. Zakres powtarzanych przez pacjentkę słów to jedno, maksymalnie dwa przy próbie odtworzenia wyrazów po dwa, trzy i cztery. Próba powtarzania zdań wypadła najgorzej. Pacjentka nie wymówiła prawidłowo żadnego z wypowiedzeń.

Odpowiedzi pacjentki zostały przedstawione w tabeli 1.

Tabela 1. Wynik jakościowy badania powtarzania zdań

| Zdanie podane do powtórzenia                    | Wypowiedź pacjentki      |
|---|--------------------------|
| <i>Pies szczeka</i>                             | <i>Pies</i>              |
| <i>Mama gotuje obiad</i>                        | <i>Mama obiad</i>        |
| <i>Po zielonej łące biega chłopiec</i>          | <i>Po ziele chłopiec</i> |
| <i>Pracznica pierze białą, nylonową firankę</i> | [brak wypowiedzi]        |

Źródło: opracowanie własne.

## Ocena jakościowa badania procesu nominacji

Kolejna część badania dotyczyła sprawdzenia umiejętności nominacji. Pacjentka świetnie poradziła sobie z nazywaniem desygnatów przedstawionych na obrazkach, m.in. psa, kota czy kwiatka. W trudniejszych zadaniach widoczne były parafazy (np. *krzesło* → *wrzesło*, *telefon* → *tomato*), a czas, w którym odpowiadała, uległ znacznemu wydłużeniu. Dodatkowo widząc na obrazku widelec, badana wielokrotnie nazywała go łyżką, mimo informacji, jak prawidłowo nazywa się ten przedmiot. Nazywanie czynności przysporzyło badanej wiele trudności. Pacjentce nie udało się prawidłowo określić żadnej z podanych czynności. W wielu przypadkach opisywała ilustrację rzeczownikami. Przykładowo, widząc kobietę, która pije kawę, powiedziała: *Pani, mama, filiżanka, sok*. Ostatnia z prób nazywania dotyczyła sześciu przedstawionych kolorów. Pacjentka potrafiła nazwać trzy z podanych, jednak nie używała ich prawidłowej formy (*zielony* → *zielona*). Badanie to wykazało, że pacjentka ma świadomość znaczenia przedstawianych jej ilustracji, lecz wielu nazw (zwłaszcza tych, które nie są rzeczownikami) nie potrafi wypowiedzieć bądź realizuje je, dokonując przy tym zamiany głosek. Świadczy o tym między innymi chęć opisanie czynności za pomocą rzeczowników.

## Ocena jakościowa badania rozumienia

Ostatnia z przeprowadzonych prób dotyczyła umiejętności rozumienia. Na początku pacjentka radziła sobie bardzo dobrze, wykonywanie prostych i złożonych poleceń typu *Proszę wskazać drzwi* bądź *Proszę wyciągnąć rękę i zamknąć oczy* nie sprawiało jej żadnych trudności. Rozumienie konstrukcji składniowych wypadło znacznie gorzej. Szczegółowe wyniki powyższej próby zostały przedstawione w tabeli 2.

Tabela 2. Wynik jakościowy rozumienia konstrukcji gramatycznych

| Polecenie  | Działanie wykonane przez pacjentkę  |
|--|---|
| <i>Proszę dotknąć lewą ręką prawego ucha.</i>          | Pacjentka dotknęła lewą ręką najpierw lewego ucha, a przy drugiej próbie prawego. |
| <i>Proszę położyć zeszyt pod ołówkiem.</i>             | Pacjentka prawidłowo położyła zeszyt pod ołówkiem.                                |
| <i>Proszę wskazać ołówkiem zeszyt.</i>                 | Pacjentka nie wskazała wcale zeszytu; przygotowała ołówek, aby w nim pisać.       |
| <i>Proszę otworzyć zeszyt i położyć na nim ołówek.</i> | Pacjentka prawidłowo otworzyła zeszyt i położyła na nim ołówek.                   |
| <i>Proszę wskazać zwiniętym zeszytem ołówek.</i>       | Pacjentka wskazała zwiniętym zeszytem telewizor, a przy drugiej próbie ołówek.    |

Źródło: opracowanie własne.

Następne badanie dotyczyło rozumienia nazw rzeczy oraz czynności. Pacjentka bezbłędnie wskazywała odpowiednie ilustracje. Przy badaniu rozumienia trudnych zdań, w których kolejność wykonywania zadań odgrywała kluczową rolę, pacjentka popełniła wiele błędów. Poproszona o narysowanie koła oraz krzyżyka na dwóch oddzielnych kartkach wykonała prawidłowo to polecenie dopiero przy trzeciej próbie. Za pierwszym razem badana narysowała obie figury na jednej kartce, a przy drugiej próbie napisała słowo *koło*, zamiast je narysować. Badana poproszona o wzięcie do ręki kartki z narysowanym kołem oraz schowaniem jej od kieszeni, wykonała jedynie pierwszą część polecenia. Kiedy poproszono, aby ułożyła kartki tak, by ta z krzyżykiem znajdowała się po środku, pusta z lewej strony, a kartka z kołem po prawej, pacjentka nie wykonała żadnej czynności, ponieważ nie zrozumiała tego polecenia. Jako ostatnie sprawdzono rozumienie nazw części ciała człowieka i konia, części twarzy, nazw poszczególnych składowych roweru. Pacjentka prawidłowo wskazała wszystkie części, o które zapytała badająca. To badanie wykazało, że pacjentka prawidłowo identyfikuje nazwę z różnymi rzeczami bądź czynnościami przedstawionymi na ilustracjach, ma jednak duże trudności z wykonywaniem złożonych poleceń.

## Diagnoza logopedyczna

Po przeprowadzeniu badań potrzebnych do oceny komunikacji pacjentki oraz przeanalizowaniu jej zachowania, jak i informacji uzyskanych od jej męża, stwierdzono afazję sensoryczno-motoryczną. Postawiona diagnoza logopedyczna pokrywa się z diagnozą, która została postawiona cztery tygodnie po udarze niedokrwiennym. Niestety, mimo wielu lat terapii logopedycznej badana wciąż ma duże trudności z mówieniem. Z rozmowy z mężem pacjentki wynika, że możliwości komunikacyjne badanej znacznie się polepszyły, jednak w niewystarczającym stopniu. Badana



nie może swobodnie porozumiewać się z obcymi osobami. Z tego powodu dalsza terapia jest niezbędna nie tylko dla poprawy jakości komunikacji, ale również, aby zapobiec ewentualnemu regresowi w mówieniu bądź obniżeniu nastroju pacjentki. Badana bardzo chętnie współpracuje i odczuwa satysfakcję, kiedy prawidłowo wykonuje zadania. Terapia logopedyczna jest dla niej ważna również ze względów psychologicznych.

## Program terapeutyczny

Główne cele terapii w przypadku prezentowanej pacjentki to: poprawa płynności mówienia oraz wprowadzenie czasowników do komunikatów. Są to aspekty, które przyczynią się do swobodnego posługiwania się mową przez badaną. Prócz tego warto, aby pacjentka ćwiczyła realizację trudniejszych wyrazów i zdań oraz ich rozumienie.

### Cel 1. Poprawa płynności mówienia

Aby poprawić płynność mówienia, należy jak najwięcej rozmawiać z pacjentką, prosić, aby opisała przedstawioną ilustrację bądź tekst, który przeczytał logopeda lub osoba, z którą będzie pracować badana. Najlepiej, aby materiały do ćwiczeń były związane z tym, czym interesuje się pacjentka, czyli z geografią i turystyką. Poza tym warto wybrać prosty wiersz bądź piosenkę, której badana mogłaby nauczyć się na pamięć i zaprezentować bliskim jako wynik jej sumiennej pracy.

### Cel 2. Realizacja i odmiana czasowników

Następny aspekt mowy, któremu należy poświęcić uwagę, to realizacja i odmiana czasowników. Do ćwiczeń tej umiejętności można wykorzystać różne fotografie członków rodziny przedstawiające wykonywanie przez nich czynności. Dodatkowo należy skupić się na nauce odmiany czasowników. Warto wspomnieć, że pacjentka jest babcią, dlatego mogłaby gotować wraz ze swoimi najmłodszymi wnuczkami. W czasie tej czynności powinna starać się opisywać wykonywane przez nią czynności.

### Cel 3. Realizacja trudniejszych wyrazów oraz zdań

Jeśli chodzi o naukę wymowy trudniejszych wyrazów oraz zdań, to najlepszym sposobem nauki jest powtarzanie prawidłowego wzorca. Ułatwieniem dla pacjentki może być rozłożenie trudnych wyrazów na sylaby. Dla urozmaicenia można zastosować ćwiczenia z użyciem mowy opisowej, na przykład poprosić, by pacjentka opowiedziała, w co jest ubrana, co jadła na obiad itd.



#### Cel 4. Poprawa rozumienia konstrukcji składniowych

Ćwiczenie rozumienia konstrukcji składniowych przyniesie najlepsze efekty podczas realizowania poleceń, które wcześniej wykorzystano w badaniu. Poza tym warto pośilkować się kartami pracy, w których zadaniem pacjenta jest umieścić takie przyimki, jak: *pod, nad, obok, naprzeciwko, pomiędzy* itd. w odpowiednich miejscach w zdaniu bądź w oparciu o ilustrację, która przedstawia przedmioty rozłożone w różnych pozycjach względem siebie.

Przedstawione propozycje ćwiczeń zostały przeznaczone dla pacjentki, o której mowa w powyższej publikacji, ale mogą być także stosowane podczas terapii z innymi pacjentami z podobnymi zaburzeniami. Podczas ich tworzenia wzięto pod uwagę stan zdrowia badanej, jej możliwości komunikacyjne, ale również zainteresowania. Ćwiczenia te mogą być realizowane również przez przygotowanych do tego członków rodziny pacjentki. Dodatkowy czas spędzony na pracy logopedycznej będzie cenny dla poprawy mówienia badanej.

#### Podsumowanie

W wyniku przebycia udaru niedokrwinnego bardzo często zostaje zaburzonych wiele funkcji poznawczych, w tym umiejętność mówienia. Logopeda pełni wtedy bardzo ważną rolę w postępowaniu terapeutycznym. Ma on za zadanie postawić prawidłową diagnozę logopedyczną, posługując się odpowiednimi narzędziami badawczymi oraz zaprogramować i zrealizować zindywidualizowany program terapii.

Kobieta, której umiejętności komunikacyjne zostały zaprezentowane w tym artykule, funkcjonuje bardzo dobrze. Jest na co dzień w dobrym nastroju i potrafi odnaleźć się w środowisku nowych osób. Robi to mimo wielu deficytów językowych, jest osobą zdeterminowaną, by osiągnąć sukces. Dalsze prowadzenie terapii jest niezbędne, ponieważ wpłynie ona pozytywnie na jakość życia badanej i z pewnością zmotywuje ją do dalszej pracy nad umiejętnościami komunikacyjnymi. W przypadku zaprzestania ćwiczeń językowych pacjentka nie zdobędzie większej płynności mówienia, możliwe też, że umiejętności językowe, które odbudowała, ulegną regresowi.

## Literatura

- Jastrzębowska G., Kozołub A. (1999), *Afazja, dysfazja*, [w:] T. Gałkowski, G. Jastrzębowska (red.), *Logopedia. Pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*, Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, s. 585–610.
- Łobocki M. (2005), *Metody i techniki badań pedagogicznych*, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Maruszewski M. (1966), *Afazja – zagadnienia teorii i terapii*, Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Panasiuk J. (2012a), *Afazja. Typologia zaburzeń. Interpretacja afazji z perspektywy interakcyjnej*, [w:] S. Grabias, M. Kurkowski (red.), *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, s. 569–621.
- Panasiuk J. (2012b), *Afazja a interakcja. Tekst, metatekst, kontekst*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Panasiuk J. (2014), *Neurobiologiczne podstawy mowy*, [w:] K. Kaczorowska-Bray, J. Kuczowski, S. Milewski (red.), *Biomedyczne podstawy logopedii*, Gdańsk: Harmonia Universalis, s. 359–409.
- Pilch T. (2010), *Strategie ilościowe w badaniach pedagogicznych*, [w:] T. Pilch, T. Bauman (red.), *Zasady badań pedagogicznych. Strategie ilościowe i jakościowe*, Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak, s. 77–78.
- Szumaska J. (1980), *Metody badania afazji*, Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.

## Streszczenie

Zaprezentowany artykuł został poświęcony studium przypadku osiemdziesięcioletniej pacjentki z afazją sensoryczno-motoryczną. Głównymi celami rozważań były: przedstawienie szczegółowych wyników jakościowych badań dotyczących komunikacji językowej, postawienie diagnozy logopedycznej oraz propozycja przykładowych ćwiczeń przydatnych w terapii pacjentki. Niniejszy tekst składa się z części teoretycznej, w której autorka dokonała opisu zaburzenia będącego przedmiotem badań, oraz części metodologicznej, prezentującej metodę, techniki oraz narzędzia badawcze. Podczas badań posłużono się autorskimi kwestionariuszami wywiadu i obserwacji oraz częścią testu diagnostycznego badania afazji Jadwigi Szumskiej (1980). Następnie zaprezentowano szczegółowy opis przeprowadzonego badania oraz postawioną diagnozę logopedyczną. Biorąc pod uwagę możliwości komunikacyjne oraz pole zainteresowań pacjentki, zaproponowano odpowiedni program terapeutyczny.

## Summary

This article is devoted to the case study of a 80-year-old patient with sensory-motor aphasia. The main objectives of the discussion were: presentation of detailed results of qualitative research on linguistic communication, diagnosis of speech disorders and proposing examples of exercises useful for patient therapy. This text consists of a theoretical part in which the author describes the disorder that is the subject of the study and the methodological part presenting the method, technique, and research tools. During the study, authors used questionnaires for interview and observation as well as part of diagnostic test of Jadwiga Szumska's aphasia study (1980). A detailed description of the study was then presented and a speech diagnosis was made. Considering the communication possibilities and personal interests, an appropriate therapeutic program was proposed.