

Małgorzata Szalińska-Otorowska, logopeda

Poradnia Logopedyczna w Gliwicach, Szkoła Podstawowa nr 6 w Pyskowicach
przewodnicząca sekcji „Afazja” gliwickiego Stowarzyszenia Osób Niepełnosprawnych
członek Powiatowej Społecznej Rady do spraw Osób Niepełnosprawnych w Gliwicach

Zrozumieć afatyka

Streszczenie

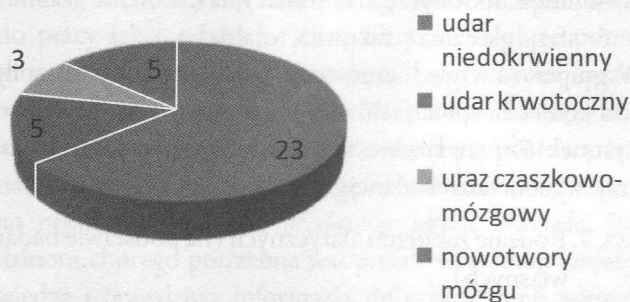
W artykule przedstawiono sytuację socjopsychologiczną chorego z afazją, wyniki badań w zakresie określenia wpływu płci i wieku na afazję, rodzaje afazji oraz jej bezpośrednie przyczyny, a także ideę roli rodziny i społeczeństwa we wspieraniu chorych z afazją.

Summary

This article presents sociopsychological situation of a sick person with aphasia. The results of the researches in the field of sex (gender), age, types of aphasia and its direct causes. The idea of the family role and the support of the sick person with aphasia.

Afazja (ang. *aphasia*) to utrata mowy, zaburzenie mowy spowodowane uszkodzeniem kory mózgowej, utrata zdolności mówienia i rozumienia wypowiedzi słownych w następstwie zmian w korze mózgowej (Surowaniec 1996: 9). Analizując przyczyny afazji, stwierdza się, że najczęstszym czynnikiem sprawczym jest udar mózgu (Leibold 2004: 20). Badania własne, w których populację badaną stanowiło 36 chorych z afazją, wykazały, że udar mózgu był przyczyną utraty mowy u 28 osób. Przyczyny afazji ilustruje rysunek 1.

Rys. 1. Przyczyny afazji (na podstawie badań własnych)

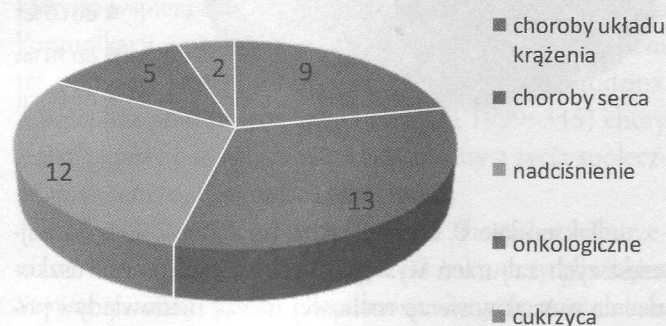


Wynika z niego, że u 23 osób wystąpił udar niedokrwienny, a u 5 – udar krwotoczny, u 3 osób wystąpił uraz czaszkowo-mózgowy (wypadki komunikacyjne), a u 5 – guzy mózgu. Udar mózgu to nie samoistna choroba, lecz powikłanie będące następstwem innego schorzenia. Wśród przyczyn udaru G. Leibold wymienia (2004: 20):

- stwardnienie tętnic mózgowych (arterioskleroza),
- uwarunkowania genetyczne,
- nieprawidłowe ciśnienie tętnicze,
- cukrzyce.

U wielu chorych występuje zbieg większej liczby przyczyn. Dodatkowo obciążające choroby współistniejące w badanej grupie afatyków (36 osób) przedstawia rysunek 2.

Rys. 2. Choroby współistniejące (na podstawie badań własnych)

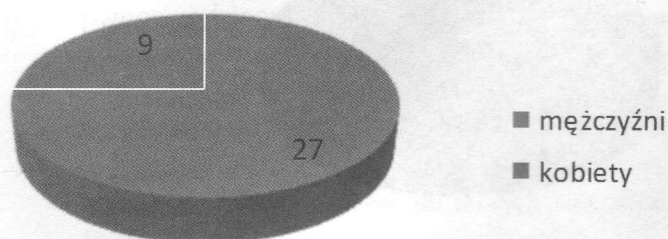


Z analizy dokumentacji medycznej wynika, że w grupie 22 osób wystąpiły choroby układu krążenia, w tym u 13 dotyczy to samego serca (choroba niedokrwienna serca, zawał mięśnia sercowego, migotanie przedsionków). Te dane potwierdzają opinię o tym, że choroby układu krążenia należą obecnie do najczęstszych chorób. Drugą liczną grupę stanowią chorzy na nadciśnienie – ta choroba wystąpiła u 12 osób. Natomiast 5 spośród chorych leczonych jest onkologicznie (guzy jelit, tarczycy, migdałów).

Afazja a płeć

Afazja dotyka większej liczby mężczyzn niż kobiet. Wśród badanej grupy kobiety stanowią dokładnie 1/3. Wynika to z pewnością z tego, że mężczyźni są w grupie podwyższonego ryzyka zagrożenia udarem mózgu. Rysunek 3 przedstawia zależność afazji od płci.

Rys. 3. Afazja a płeć (na podstawie badań własnych)

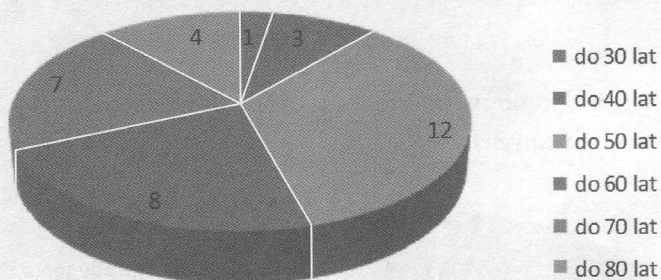


Afazja a wiek chorych

Udar mózgu to nie, jak długo uważano, choroba starców. Większość ludzi to osoby starsze, po 65. roku życia, ale dramatycznie przybywa osób młodych. Statystycznie pierwszy atak następuje teraz około 48. roku życia. Grupę największego ryzyka wystąpienia udaru stanowią mężczyźni stosunkowo młodzi, w wieku 40–50 lat (Leibold 2004: 30).

Potwierdzają to przeprowadzone badania. Zebrane dane wskazują, że większość chorych z afazją to osoby w przedziale wieku 40–70 lat (77%). Dane te ilustruje rysunek 4.

Rys. 4. Afazja a wiek chorych (na podstawie badań własnych)

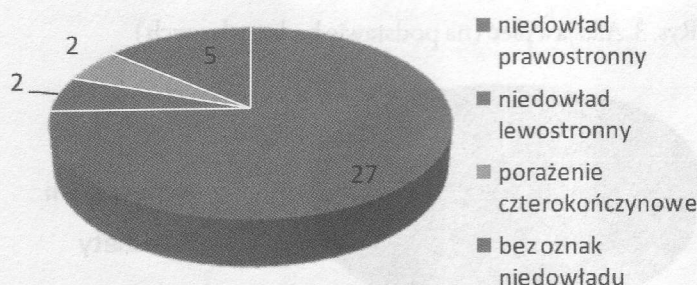


Zaburzenia ruchowe

Jak podaje P. Duss (Pąchalska 1999: 106), do najczęstszych zaburzeń występujących w następstwie uszkodzenia mózgu w sferze ruchowej należą niedowłady i porażenia jednej połowy ciała oraz apraksja. Mogą też wystąpić zaburzenia koordynacji ruchowej – ataksja. Na skutek uszkodzenia odpowiednich części półkuli lewej (ośrodków mowy) dochodzi do zaburzenia czynności ruchowej po stronie prawej i odwrotnie – przy uszkodzeniu okolic prawej półkuli mózgowej następuje zaburzenie czynności ruchowych lewej strony ciała.

W badanej grupie chorych z afazją niedowłady prawostronne w zakresie kończyn górnych i dolnych w różnym nasileniu dotknęły 27 osób. Niedowłady lewostronne wystąpiły tylko u 2 osób, natomiast u kolejnych 2 utrzymało się porażenie czterokończynowe. U 5 osób nie było oznak żadnych niedowładów. Apraksja, a w szczególności apraksja oralna towarzyszyła 32 chorym.

Rys. 5. Zaburzenia ruchowe u afatyków (na podstawie badań własnych)

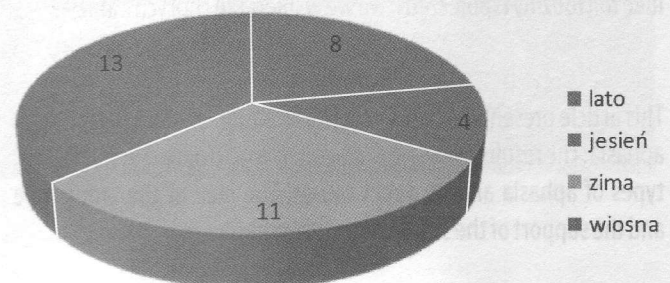


Objawy meteorotropowe a zachorowania

B. Krawczyk z Zakładu Klimatologii Instytutu Geografii i Przestrzennego Zagospodarowania PAN w Warszawie (Krawczyk 2002, 7) stwierdza, że być może u meteoropatów bodźce pogodowe nie powodują wystąpienia choroby, lecz zaostwiają jej objawy. Meteoropaci zdarzają się wśród ludzi chorych, a takie choroby jak wieńcowa, nadciśnienie zalicza się do tzw. chorób meteorotropowych.

Badania wykazały, że częstość tzw. ostrych zdarzeń kardiologicznych (zawały, migotanie przedsionków, zgon) zależy od sytuacji synoptycznej (układów ciśnienia) i układów niżowych w strefie frontów atmosferycznych. Rysunek 6 przedstawia wystąpienie epizodów chorobowych ze skutkiem w postaci afazji przy uwzględnieniu zmian meteorologicznych charakterystycznych dla czterech pór roku naszego klimatu. Na zdrowie badanych w najmniejszym stopniu wpływa jesień.

Rys. 6. Pory roku a zachorowania (na podstawie badań własnych)



Klasyfikacje afazji

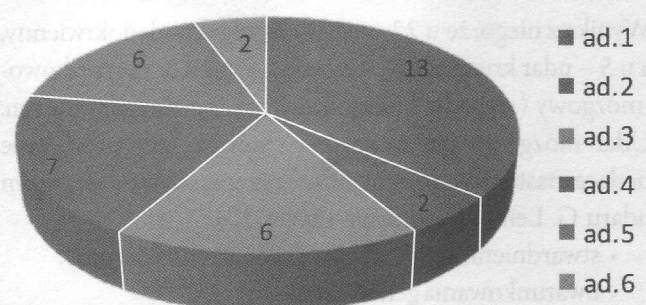
Jest wiele różnorodnych klasyfikacji afazji w zależności od przyjętych kryteriów. Do celów niniejszych rozważań przyjęto za J. Panasiuk (2009: 42) klasyfikację opartą na typach zaburzeń afatycznych:

1. afazja głównie ekspresyjna (głównie ruchowa, motoryczna),
2. afazja głównie impresyjna (głównie czuciowa, sensoryczna),
3. afazja ekspresyjno-impresyjna (mieszana),
4. afazja amnestyczna (nominacyjna),
5. afazja globalna (całkowita, totalna).

W grupie 6 uwzględniono cechy afatyczne, które ustąpiły pod koniec hospitalizacji.

Rysunek 7 przedstawia występowanie określonych rodzajów zaburzeń w badanej grupie.

Rys. 7. Rodzaje zaburzeń afatycznych (na podstawie badań własnych)

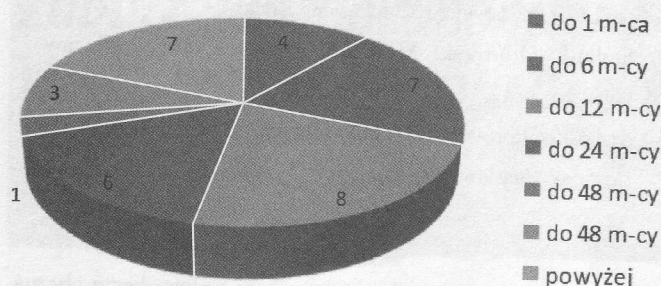


Czas terapii logopedycznej

Wszyscy chorzy z badanej grupy poddani zostali terapii logopedycznej i rehabilitacji ruchowej. Niektórzy trafili na konsultację i ewentualną terapię już w pierwszym

miesiącu po epizodzie (4 osoby), w pierwszym półroczu (7), w pierwszym roku (8). Stymulowanie i odbudowa komunikacji bywa procesem długotrwałym i w przypadku 7 osób okres ten wyniósł 3 lata, a w przypadku 10 nawet powyżej 4 lat.

Rys. 8. Okresy terapii (na podstawie badań własnych)

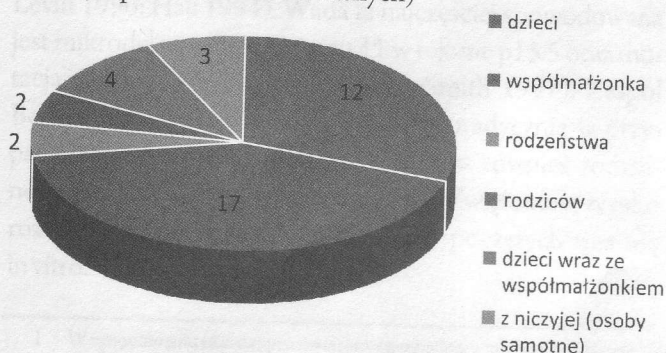


Rodzina chorego z afazją

Chory z afazją skazany jest na pomoc osób trzecich. Najczęściej są to osoby najbliższe, współmałżonkowie, dzieci, rodzeństwo, dalsi krewni. Rodziny i chorzy podkreślają fakt, iż udar, niemota spotyka ich nagle, bez ostrzeżenia i przygotowania na taką traumę. Chory nie zawsze ma świadomość swojego stanu, a jeśli ma, to jest głęboko zaniepokojony tym, co się z nim dzieje. Rodzina przeżywa olbrzymi stres, który spotęgowany jest niezrozumieniem dla stanu chorego. Często po raz pierwszy spostrzegają osobę bez kontaktu werbalnego, a jeszcze jest to ktoś, z kim są związani emocjonalnie. Pojawia się bezsilność, bezradność z jednej strony i przeogromna chęć pomocy z drugiej.

Bez właściwej wiedzy pomoc może być chybiona, działania mogą bardziej zaszkodzić niż pomóc, np. wyręczamy bliskiego we wszystkich prozaicznych czynnościach zamiast zachęcać do samoobsługi. Należy stymulować do pracy także po to, by chory sam uwierzył, że potrafi to wykonać, a poprzez ćwiczenie osiągnął większą sprawność. W przeciwnym razie pomyśli, że rokowania są gorsze niż w rzeczywistości. Inną niewłaściwą postawą jest nadmierny optymizm, biorący się z mechanizmu wyparcia – *na pewno jest lepiej niż przekonuje lekarz, logopeda*. Rodzinom chorego potrzebna jest przede wszystkim rzetelna wiedza i prawdziwa informacja dotycząca stanu zdrowia chorego, a także duże wsparcie. Tylko silny opiekun wesprze w procesie rehabilitacji swojego bliskiego.

Rys. 9. Z czyjej pomocy korzystają chorzy z afazją? (na podstawie badań własnych)



Wsparcie społeczne

„Nie zawsze będziemy mogli pomóc, ale starajmy się przynajmniej o jedno: nie pozostawiać ludzi w ich nieszczęściu” (ks. J. Tischner).

Utrata możliwości językowego porozumiewania się w przypadku afazji prowadzi do poważnych zakłóceń w funkcjonowaniu chorego. Pomóc i zrozumieć trudną sytuację chorego muszą wszystkie osoby mające bezpośredni kontakt z chorym. W logopedycznej terapii chorego z afazją promuje się model wsparcia społecznego, w ramach którego wspiera się pacjenta w jego procesie przywracania komunikacji z otoczeniem. Afatyk nie jest sam adresatem tej pomocy, lecz pomocy potrzebuje cała jego rodzina. Z kolei bez pomocy rodziny (Pachalska 1999: 345) chory z afazją może być na zawsze wyobcowany z życia społecznego, skazany na tzw. „śmierć socjalną”.

By wspomagać powrót do życia chorych z zaburzeniami komunikacji, w styczniu 2003 roku przy gliwickim Stowarzyszeniu Osób Niepełnosprawnych powołałam do życia sekcję AFAZJA. Zajęcia w formie comiesięcznych spotkań przeznaczone są dla chorych z afazją i ich rodzin. W gronie pracujących wolontariuszy, oprócz logopedów, jest także lekarz neurolog i psycholog. Nadrzędnym celem jest pomoc chorym z afazją opuszczającym oddziały neurologiczne, szczególnie tym pozostawionym samym sobie, bez możliwości skorzystania ze specjalistycznej pomocy. W przypadku chorych żyjących w rodzinie – pomoc tej rodzinie, gdyż wystąpienie epizodu, którego konsekwencją jest utrata czy zaburzenie mowy, wymaga stałego wsparcia ze strony rodziny. Właśnie najbliżsi chorego, partnerzy, dzieci, czasem rodzice muszą przezwyciężyć olbrzymi stres, by móc pełnić swoją doniosłą rolę w procesie rehabilitacji.

Zadania wolontariuszy sekcji AFAZJA:

- prowadzenie terapii logopedycznej z elementami psychoterapii,
- stymulowanie rehabilitacji chorego z afazją,
- włączenie rodziny chorego w proces rehabilitacji,
- pomoc rodzinom w rozwiązywaniu problemów, udzielanie wskazówek, jak skutecznie pomóc choremu i sobie,
- popularyzacja wiedzy na temat afazji wśród chorych i ich rodzin,
- pomoc w adaptacji chorego do nowych warunków życia,
- promowanie idei wsparcia społecznego poprzez uwrażliwianie otoczenia na problemy rehabilitacji chorych z afazją.

Bibliografia

1. Duss P., 1989, *Diagnostyka topograficzna w neurologii*, PZWL, Warszawa.
2. Krawczyk B., 2002, *Pogoda na zdrowie*, „Biuletyn Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego” nr 7.
3. Leibold G., 2004, *Udar mózgu*, AWM, Warszawa.
4. Panasiuk J., 1998, *Logopedyczna metodologia diagnozowania afazji*, [w:] *Afazja*, Biuletyn Polskiego Stowarzyszenia Terapeutów Mowy, T. 6, Tarkowski Z. (red.), Lublin.
5. Panasiuk J., 2009, *Afazja*, Podyplomowe Studium Neurologii, Wrocław.
6. Panasiuk J., 2009, *Diagnozowanie afazji według podejścia analitycznego*, „Biuletyn Logopedyczny” nr 1.
7. Pąchalska M., 1999, *Afazjologia*, PWN, Warszawa–Kraków.
8. Surowaniec J., 1996, *Logopedyczny słownik terminologii logopedycznej*, Wydawnictwo Edukacyjne, Kraków.
9. Szalińska-Otorowska M., 2003, *Zrozumieć afazję*, „Nowiny Gliwickie” nr 12.
10. Szalińska-Otorowska M., 2008, *Mowa i milczenie. Nie złoto, lecz cierpienie*, Miejski Serwis Informacyjny (29.05.2008 r.).