

Małgorzata Szalińska-Otorowska, logopeda

Poradnia Logopedyczna w Gliwicach

SP-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 płci, wieku, rodzajów afazji oraz jej bezpośrednich przyczyn. Idea roli rodziny i wsparcia społecznego chorych z afazją.

Summary

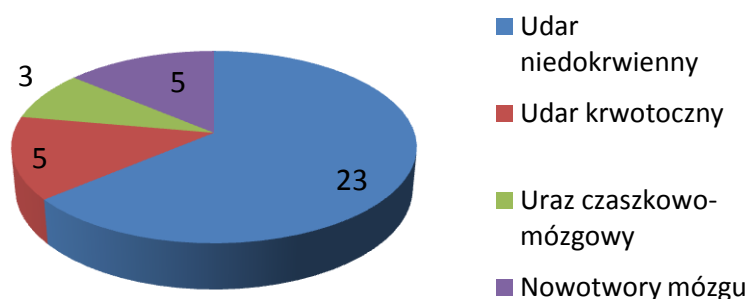
This article presents sociopsychological situation of a sick person with aphasia. The results of the researches in the field of sex (gender), age, types of aphasia and its direct causes.

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 „Logopedyczny słownik terminologii diagnostycznej” (Surowaniec, 1996,9).

Analizując przyczyny afazji, stwierdza się, że najczęstszym czynnikiem sprawczym jest udar mózgu” Udar mózgu” (Leibold, 2004,20). Na podstawie badań autorki, w których populację badaną stanowiło 36 chorych z afazją, udar mózgu był przyczyną utraty mowy u 28 osób. Przyczyny afazji ilustruje poniższa rycina.

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



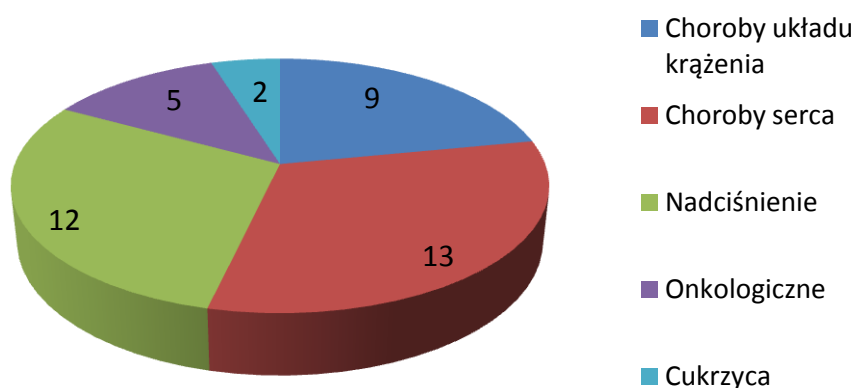
Jak wynika z powyższego diagramu u 23 osób wystąpił udar niedokrwienny, a u 5- udar krwotoczny. U 3- osób wystąpił uraz czaszkowo- mózgowy (wypadki komunikacyjne), a u 5

– guzy mózgu. Udar mózgu to nie samoistna choroba, lecz powikłanie będące następstwem innego schorzenia. Wśród przyczyn udaru Leibold wymienia: „Udar mózgu”(Leibold , 2004, 20).

- Stwardnienie tętnic mózgowych (arteriosklerozę)
- Uwarunkowania genetyczne
- Nieprawidłowe ciśnienie tętnicze
- Cukrzyca

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

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

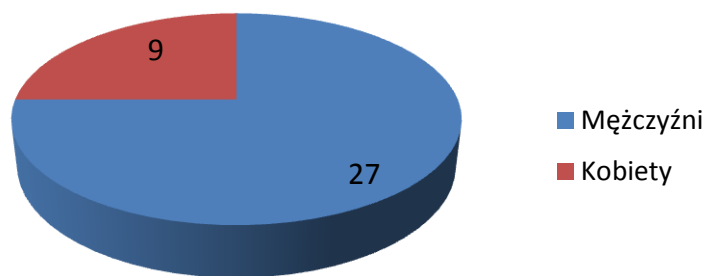


Z analizy dokumentacji medycznej wynika, że w grupie 22 osób wystąpiły choroby układu krążenia, w tym u 13 dotyczy to samego serca (choroba niedokrwienności serca, zawał mięśnia sercowego, migotanie przedsionków). Te dane potwierdzają opinię o tym, że, choroby układu krążenia, należą obecnie do najczęstszych 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

Poniższa rycina ilustruje chorych z afazją przy uwzględnieniu płci.

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

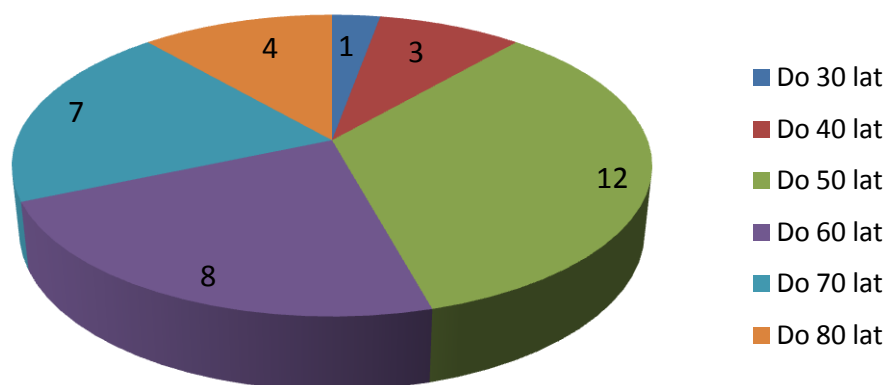


Afazja dotyka większej liczby mężczyzn niż kobiet. Wśród badanej grupy kobiety stanowią dokładnie 1/3. Wynika to z pewnością, z tego, że mężczyźni są w grupie podwyższonego ryzyka zagrożenia udarem mózgu.

Afazja a wiek chorych

Udar mózgu to nie choroba starców jak długo uważano. 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. „Udar mózgu” (Leibold,2004,30) Jest to zgodne z badaniami autorki. Zebrane dane wskazują, że większość chorych z afazją to osoby w przedziale wieku 40-70 lat. (77%) Ilustruje to poniższa rycina.

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



Zaburzenia ruchowe

Jak podaje P. Duss {za Pąchalską "Afazjologia" (Pąchalska, 1999, 106)} do najczęstszych zaburzeń występujących w następstwie uszkodzenia mózgu w sferze ruchowej należą

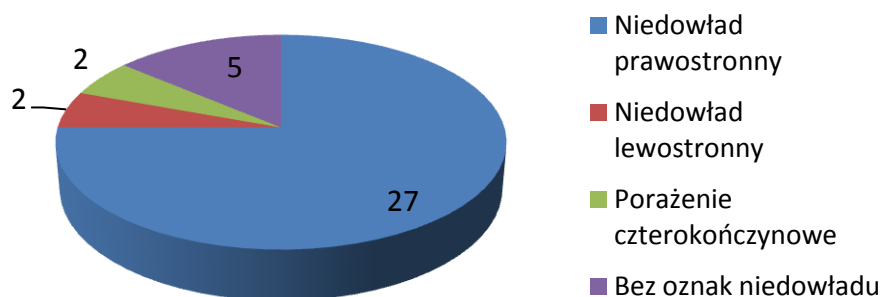
niedowłady i porażenia jednej połowy ciała oraz *apraksja*. Mogą też wystąpić zaburzenia koordynacji ruchowej -*ataksja*.

Na wskutek uszkodzenia odpowiednich części półkuli lewej (*ośrodki 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. nr 5. Zaburzenia ruchowe u afatyków (na podstawie badań własnych)

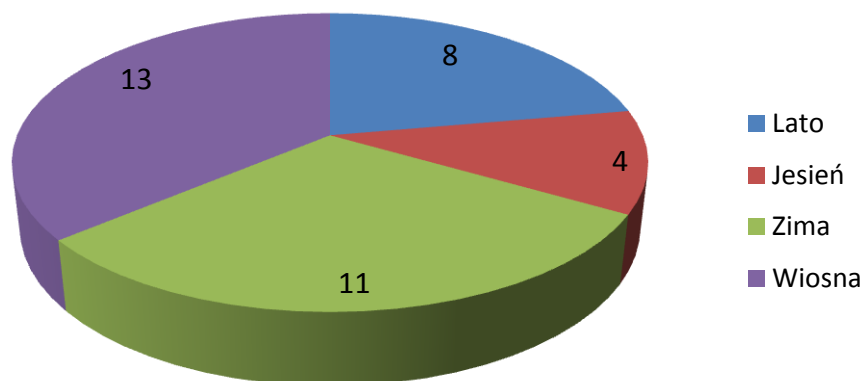


Objawy meteorotropowe a zachorowania

Barbara Krawczyk docent dr hab. z Zakładu Klimatologii Instytutu Geografii i Przestrzennego Zagospodarowania PAN w Warszawie(Krawczyk, 2002/7) stwierdza, że u meteoropatów może, bodźce pogodowe nie powodują wystąpienia choroby, lecz zaostrzają 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.

Rycina przedstawia wystąpienie epizodów chorobowych ze skutkiem w postaci afazji przy uwzględnieniu zmian meteorologicznych charakterystycznych dla czterech pór roku naszego klimatu. Jesień w najmniejszym stopniu wpływa na zdrowie badanych.

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



Klasyfikacje afazji

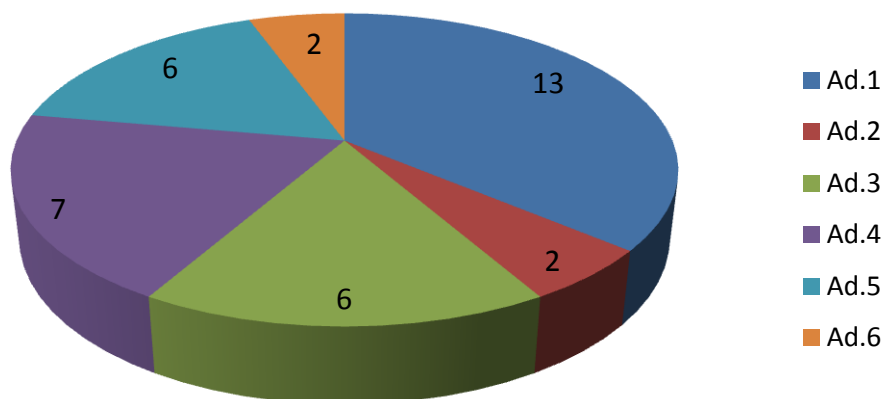
Jest wiele różnorodnych klasyfikacji afazji w zależności od przyjętych kryteriów. Za J. Panasiuk „Afazja” (Panasiuk, 2009, 42) przyjęto klasyfikację do celów niniejszych rozważań opartą na typach zaburzeń afatycznych.:

- 1- Afazję głównie ekspresyjną(głównie ruchową, motoryczną)
- 2- Afazję głównie impresyjną (głównie czuciową, sensoryczną)
- 3- Afazję ekspresyjno-impresyjną(mieszaną)
- 4- Afazję amnestyczną (nominacyjną)
- 5- Afazję globalną(całkowitą, totalną)

W grupie -6- uwzględniono cechy afatyczne (które ustąpiły pod koniec hospitalizacji)

Poniższa rycina przedstawia występowanie określonych rodzajów zaburzeń w badanej grupie.

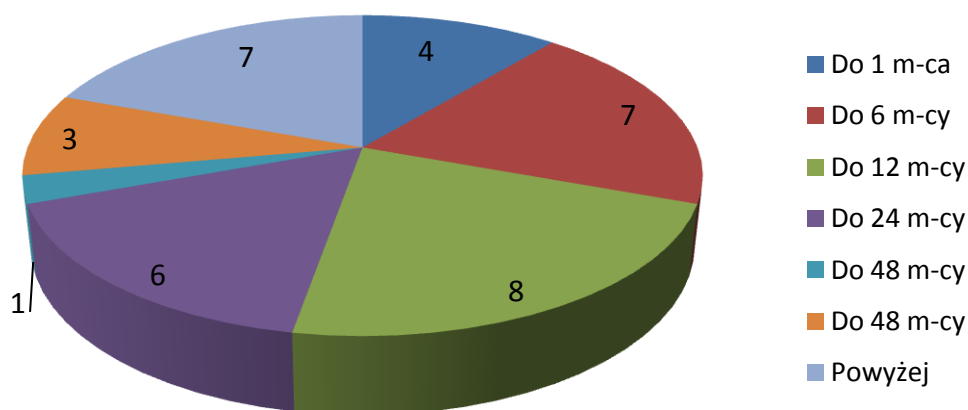
Rys. nr 7. Rodzaje zaburzeń afatycznych (na podstawie badań własnych)



Czas terapii logopedycznej

Wszyscy chorzy z badanej grupy afazją poddani zostali terapii logopedycznej (pacjenci współpracujący z autorką) 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 wynosi 3 lata, a w przypadku 10 -nawet powyżej czterech.

Rys. nr 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.

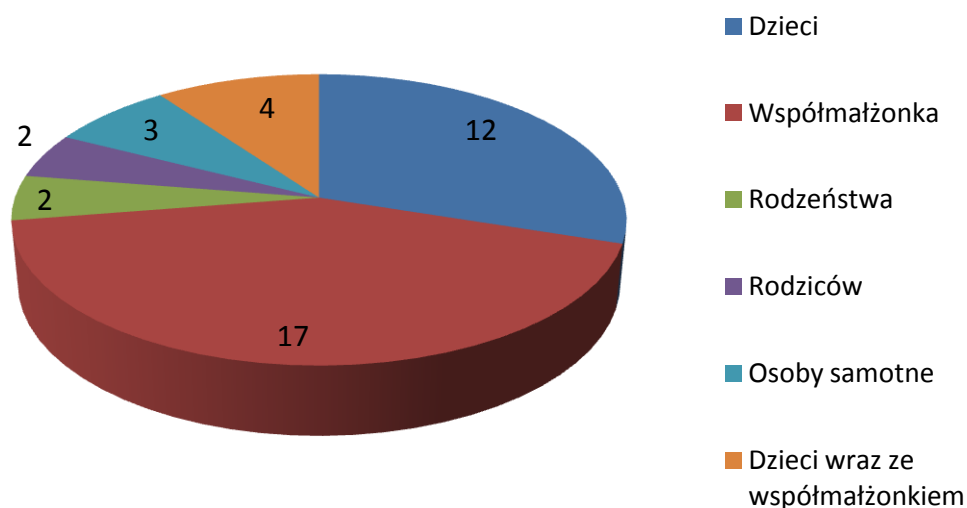
Rodziny i chorzy podkreślają fakt, iż udar, niemota spotyka ich nagle, bez ostrzeżenia i przygotowania na taką traumę. Chory nie zawsze ma świadomość swojego stanu, a jeśli ma to jest głęboko zaniepokojony tym, co się z nim dzieje. Rodzina przeżywa olbrzymi stres, który spotęgowany jest niezrozumieniem dla stanu chorego. Często po raz pierwszy spostrzegają osobę bez kontaktu werbalnego, a jeszcze jest to ktoś, z kim są związani emocjonalnie. 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 osiągnąć większą sprawność. W przeciwnym razie pomyśli, że rokowania są gorsze niż w rzeczywistości.

Inną niewłaściwą postawą- nadmierny optymizm, biorący się z mechanizmu wyparcia, *-na pewno jest lepiej niż przekonuje lekarz, logopeda.*

Przede wszystkim rodzinom chorego potrzebna jest rzetelna wiedza i prawdziwa informacja dotycząca stanu zdrowia chorego. A także duże wsparcie. Tylko silny opiekun wesprze w procesie rehabilitacji swojego bliskiego.

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



„ 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 „Afazjologia” (Pąchalska, 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, powołano do życia sekcję AFAZJA¹ przy gliwickim Stowarzyszeniu Osób Niepełnosprawnych. 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 doniosą 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

¹ W styczniu 2003 roku M. Szalińska-Otorowska założyła sekcję Afazja, Stowarzyszenia Osób Niepełnosprawnych w Gliwicach)

- 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*, artykuł [w:] Biuletyn Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego, dział Klimatologia, 2002/7
3. Leibold G., 2004, *Udar mózgu-(polska edycja) AWM Warszawa*
4. Panasiuk J., 2009, *Diagnozowanie afazji według podejścia analitycznego*. Biuletyn Logopedyczny ZG PTL 1/2009, Lublin, s.51-62
5. Panasiuk J., 2009, *Afazja*, Podyplomowe Studium Neurologopedii (skrypt) Wrocław
6. Panasiuk J., 1998, *Logopedyczna metodologia diagnozowania afazji*, [w:] Biuletyn PSTM, t.6, „Afazja”, red. Z. Tarkowski. Lublin
7. Pąchalska M., 1999, *Afazjologia*, PWN Warszawa- Kraków
8. Surowaniec J., 1996, *Logopedyczny słownik terminologii logopedycznej*, WE, Kraków
9. Szalińska-Otorowska M., 2008, *Mowa i milczenie. Nie złoto, lecz cierpienie*, artykuł [w:] Miejski Serwis Informacyjny(29.05.2008)
10. Szalińska-Otorowska M., 2003, *Zrozumieć afazję*, artykuł [w:] Nowiny Gliwickie