



MARTYNA POLCZYK

Miejskie Przedszkole nr 35 w Rudzie Śląskiej  
Zespół Szkół i Pracy Pozaszkolnej w Świętochłowicach

## Praktyczna strona terapii neurologopedycznej osób dorosłych

**ABSTRACT:** The purpose of the study is to present some exercises which can be successfully implemented during the neurologopedic therapy of adults after neurological incidents. The therapy takes into account such factors as the age and involvement of the patients, which influence its effectiveness.

**KEY WORDS:** neurologopedic therapy, adult, aphasia, dysarthria

Każdy człowiek pragnie być zaakceptowany przez społeczeństwo. Całe życie utrzymuje kontakty z przyjaciółmi i otacza się bliskimi, a relacje te są budowane m.in. dzięki możliwości porozumiewania się, z której korzysta od momentu przyjścia na świat. „Mowa to zespół czynności, jakie przy udziale języka wykonuje człowiek, poznając rzeczywistość i przekazując jej interpretację innym uczestnikom życia społecznego”<sup>1</sup>. To właśnie dzięki niej człowiek może prawidłowo funkcjonować w otaczającym go świecie. „Mowa ma przede wszystkim funkcję komunikatywną i służy celom kontaktu, porozumienia i społecznej koordynacji zachowania. Człowiek stosuje ten środek jako społeczny sposób oddziaływania na siebie i współdziałania ze sobą”<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> S. GRABIAS: *Perspektywy opisu zaburzeń mowy*. W: *Zaburzenia mowy*. Red. IDEM. Lublin, Wydaw. UMCS 2001, s. 11.

<sup>2</sup> L.S. CWIETKOWA: *Perspektywy badań nad afazją. Osobowość i język, wewnętrzny obraz afazji*. Przeł. M. SARNOWSKI. W: *Logopedia teoria i praktyka*. Red. M. MŁYNARSKA, T. SMEREKA. Wrocław, A Linea 2005, s. 23.

## Zagadnienia teoretyczne

W wyniku incydentów neurologicznych, które mogą wystąpić w każdym momencie życia człowieka, świetnie opanowane umiejętności komunikacyjne mogą zostać utracone lub ulec pogorszeniu. Jednym z tego typu zaburzeń jest afazja, czyli „zaburzenie poszczególnych funkcji językowych, na skutek którego dochodzi do dysfunkcji w zakresie komunikacji z innymi ludźmi, co z kolei prowadzi do powstania niepełnosprawności spowodowanej izolacją społeczną oraz utratą ról społecznych”<sup>3</sup>. Sformułowano wiele klasyfikacji zaburzeń afatycznych. Na potrzeby artykułu warto zwrócić uwagę na dwie z nich. Pierwszą opracował Aleksander Łuria, który wyróżnił:

- afazję ruchową kinestetyczną;
- afazję ruchową kinetyczną;
- afazję motoryczną dynamiczną;
- afazję akustyczno-gnostyczną;
- afazję akustyczno-mnestyczną;
- afazję semantyczną<sup>4</sup>.

Drugi podział został opracowany przez Theodore’a Weissenbursa i Katharine E. McBride, którzy wskazali pięć klas zjawiska:

- afazję głównie ekspresyjną (głównie ruchową, motoryczną);
- afazję głównie impresywną (głównie czuciową, sensoryczną);
- afazję ekspresyjno-impresyjną (mieszaną);
- afazję amnestyczną (nominacyjną);
- afazję globalną (całkowitą, totalną)<sup>5</sup>.

Kolejnym zaburzeniem jest dysartria, „będąca zaburzeniem mowy wynikającym z uszkodzenia ośrodków i dróg nerwowych, unerwiających narządy mowy”<sup>6</sup>. Urszula Mirecka zwróciła uwagę na pewne rozbieżności dotyczące ustaleń terminologicznych: „Rozbieżności stanowisk zaznaczają się w kwestii etiologii. O ile zgodnie wskazuje się, jako przyczyny zaburzeń dyzartrycznych, uszkodzenia i dysfunkcje w obrębie struktur układu nerwowego odpowiedzialnych za ruchowy aspekt mowy, o tyle nie ma jednomyślności co do szczegółów ich lokalizacji”<sup>7</sup>. Można wyróżnić następujące typy dysartrii ze względu na lokalizację:

---

<sup>3</sup> Ł. DOMAŃSKA, A.R. BORKOWSKA: *Podstawy neuropsychologii klinicznej*. Lublin, Wydaw. UMCS 2008, s. 245.

<sup>4</sup> J. PANASIUK: *Afazja – typologia zaburzenia. Interpretacja afazji z perspektywy interakcyjnej*. W: *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*. Red. S. GRABIAS, M. KURKOWSKI. Lublin, Wydaw. UMCS 2014, s. 583–588.

<sup>5</sup> *Ibidem*, s. 579–580.

<sup>6</sup> I. STYCZEK: *Logopedia*. Warszawa, PWN 1981, s. 302.

<sup>7</sup> U. MIRECKA: *Dysartria w aspekcie diagnostycznym – typologia zjawisk*. W: *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy...*, s. 529.

- dysartria korowa;
- dysartria nadjądrowa (rzekomoopuszkowa);
- dysartria jądrowa (opuszkowa);
- dysartria mózdkowa;
- dysartria podkorowa, przyjmująca postać hipokinetyczno-hipertoniczną lub hiperkinetyczno-hipotoniczną;
- dysartria obwodowa<sup>8</sup>.

Stosunkowo często diagnozuje się afazję amnestyczną (anomię), czyli zaburzenia w zakresie umiejętności nazywania. Maruszewski wyróżnił cztery jej typy:

- „typ I – niemożność podania nazwy, niekiedy połączona ze wskazaniem słowem lub gestem, że przedmiot jest rozpoznawany, oraz wyrażeniem stanu emocjonalnego;
- typ II – podanie nazwy przedmiotu zostaje zastąpione omówieniem jego funkcji, pochodzenia, a niekiedy przytoczeniem osobistego doświadczenia związanego z przedmiotem;
- typ III – właściwa nazwa przedmiotu zostaje zastąpiona inną, która może być: nazwą podobnego obiektu (podobieństwo semantyczne), słowem o podobnym brzmieniu (podobieństwo fonetyczne – paronimia), powtórzeniem poprzednio wypowiedzianego słowa (perseweracja) albo słowem, którego nie da się zaklasyfikować według tych wytycznych;
- typ IV – nazwa przedmiotu zostaje zniekształcona fonetycznie, co może polegać na nieprawidłowym wypełnieniu formy wyrazu, np. przez dodanie nowych głosek (epenteza), zastąpienie istniejących głosek w wyrazie (parafazja), pominięcie głosek (elizja) albo wypowiedzenie słowa, którego nie ma w języku (neologizm)”<sup>9</sup>.

Pacjentów po incydentach neurologicznych dotyczą długotrwałe procesy adaptacyjne. „Jednostka dotknięta chorobą podejmuje wysiłki zaradcze, zmierzając do poradzenia sobie z napięciem emocjonalnym oraz problemami wynikłymi z natury niepełnosprawności czy choroby; stara się zachować kontrolę nad znaczącymi zdarzeniami życiowymi związanymi z niepełnosprawnością i chorobą”<sup>10</sup>.

<sup>8</sup> A. PRUSZEWICZ: *Foniatria kliniczna*. Warszawa, PZWL 1992, s. 275.

<sup>9</sup> M. MARUSZEWSKI: *Afazja. Zagadnienia teorii i terapii*. Warszawa, PWN 1966, s. 97.

<sup>10</sup> B. STELCER: *Psychologiczne wyznaczniki skutecznego zmagania się z chorobą i niepełnosprawnością*. W: *Wielowymiarowość procesu rehabilitacji*. Red. J. ROTTERMOND. Kraków, Impuls 2007, s. 57.

## Na co zwrócić uwagę podczas terapii neurologopedycznej?

Niezwykle istotna jest reintegracja społeczna pacjenta: „[...] oznacza ona jego włączenie w nurt życia codziennego łącznie z wszelkimi kłopotami i radościami, jakie to życie przynosi. Chodzi tu przede wszystkim o aktywne uczestnictwo w otaczającej rzeczywistości”<sup>11</sup>. Zadaniem terapeuty jest stworzenie właściwego otoczenia, które ułatwi pacjentowi porozumiewanie się i sprawi, że poczuje się on pewnie i bezpiecznie. Ważne, aby doceniać chorego za podjęcie każdej próby i motywować go do kolejnych. Neurologopeda powinien mówić powoli, wyraźnie i używać w swoich wypowiedziach słów powszechnie znanych, które będą wspomagane mimiką i gestem.

Należy pamiętać, aby dostosować terapię nie tylko do wieku pacjenta, ale także do jego zainteresowań. Warto wytłumaczyć cel ćwiczenia, spodziewane efekty, gdyż nie każdy dorosły będzie miał ochotę na wykonywanie klasycznych ćwiczeń oddechowych, takich jak dmuchanie baniek mydlanych, zdmuchiwanie piórek czy niewielkich kartek papieru. Dorosły może uznać, że tego typu zadania wykonują jedynie dzieci, i poczuje się urażony. Za pomocą wywiadu jest możliwe zgromadzenie informacji o życiu pacjenta sprzed incydentu neurologicznego, np. jaki jest jego zawód i czym zajmował się w wolnym czasie. Jeśli przygotowane zdania będą związane z zainteresowaniami pacjenta, np. jego ulubionym serialem czy książką, wówczas chętniej będzie pracował i nabierze zaufania, które jest jednym z filarów terapii.

## Propozycje ćwiczeń dla osób po incydentach neurologicznych

### Przykłady ćwiczeń oddechowych

- Za pomocą wydechu pacjent przesuwają po stole małą watę, cukierek lub paperek.
- Ćwiczenia oddechowe z zatrzymaniem oddechu.
- Przenoszenie za pomocą słomki kolorowych karteczek i układanie ich według kolorów.
- Dmuchiwanie na płomień świecy z odległości niepozwalającej go zdmuchnąć, lecz umożliwiającej „wyginanie” go za pomocą strumienia wydmuchiwanego powietrza.

<sup>11</sup> M. PĄCHALSKA: *Afajzjologia*. Warszawa, Wydaw. Naukowe PWN 2012, s. 217.

### Przykłady ćwiczeń języka

- Kląskanie językiem.
- Ssanie cukierka czubkiem języka.
- Dotykanie czubkiem języka górnych zębów po stronie wewnętrznej, podczas szerokiego otwierania jamy ustnej.
- Żucie brzegów języka zębami trzonowymi, tak aby rozciągnąć całą jego powierzchnię.

### Przykłady ćwiczeń wargowych

- Układanie warg w kształcie „dziubka”, a następnie rozsuwanie do uśmiechu.
- Udawanie gwizdania.
- Posyłanie całusów.
- Wysuwanie zaokrąglonych warg do przodu w kształcie „dziubka”.
- Wysuwanie warg do przodu, a następnie naprzemienne ich otwieranie i zamykanie.
- Podciąganie kącików ust jak do uśmiechu (praca nad dźwigaczem wargi górnej), a następnie ściągnięcie kącików ust jak do smutnej miny (praca nad obniżaczem wargi dolnej).
- Naprzemienne, dokładne pokazywanie zębów górnych (praca nad dźwigaczem kąta ust) i dolnych (praca nad obniżaczem kąta ust).

### Przykłady ćwiczeń – ogniwo centralne

- „Co to za głoska?”  
W ćwiczeniu wykorzystuje się przygotowane wcześniej kartoniki z obrazkami i literami.  
Wariant 1: Neuroogopeda wskazuje pacjentowi obrazek. Następnie pacjent wybiera, na którą z podanych głosek rozpoczyna się wyraz.



F R K



F O K



P S U



J K M



L S K

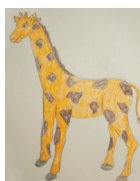


B N S

RYSUNEK 1. „Co to za głoska?”, wariant 1

ŹRÓDŁO: Opracowanie własne.

Wariant 2: Pacjent wskazuje dwa obrazki przedstawiające przedmioty, których nazwy rozpoczynają się na tę samą głoskę. Następnie układa obok nich właściwą głoskę



Ż S  
L



RYSUNEK 2. „Co to za głoska?”, wariant 2

ŹRÓDŁO: Opracowanie własne.

- „Owoce i warzywa”  
Pacjent uzupełnia brakujące litery, a następnie łączy nazwę owocu lub warzywa z odpowiadającym mu kolorem.

PO\_ARAŃCZA

POMID\_R

BROK\_Ł

BU\_AK

CZERWONY

GR\_SZEK

\_ANAN

KUKUR\_DZA

ZIELONY

KI\_I

OG\_REK

TRU\_KAWKA

ŻÓŁTY

ŚLI\_KA

CYT\_YNA

SA\_ATA

FIOLETOWY

JABŁ\_O

MA\_CHEWKA

BRZOSK\_INIA

POMARAŃCZOWY

GRUSZ\_A

JAG\_DY

DY\_IA

- „Zaznacz głoskę”  
Pacjent zaznacza w wyrazie literę A. Następnie przepisuje wyrazy.

LAMP A .....

PODUSZKA .....

SZAF A .....

RĘK A .....

NOG A .....

KSIĄŻK A .....

OBIAD .....

ZEGAREK .....

WOD A .....

MAP A .....

BUTELK A .....

RYB A .....

ZUP A .....

AGRAFKA .....

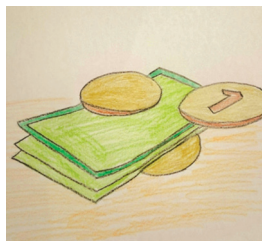
- „Akcentowanie słów”

Neurologopeda rozkłada przed pacjentem obrazki w kolejności odpowiadającej treści zdania. Prosi, aby pacjent przeczytał zdanie, akcentując jeden wyraz. Następnie podaje pacjentowi obrazek z właściwym przedmiotem. Na przykład w przypadku zdania „Ania kupiła sukienkę”, jeśli pacjent zaakcentuje wyraz „kupiła”, wówczas otrzymuje obrazek przedstawiający pieniądze, itd.

Wariant 1 (dla pań):



Ania



kupiła

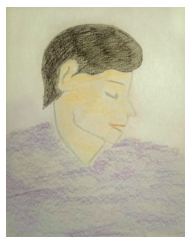


sukienkę.

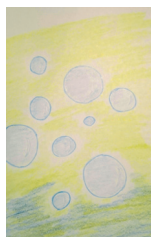
RYSUNEK 3a. „Części zdania”, wariant 1

ŹRÓDŁO: Opracowanie własne.

Wariant 2 (dla panów):



Adam



umył



samochód.

RYSUNEK 3b. „Części zdania”, wariant 2

ŹRÓDŁO: Opracowanie własne.

- „Wyrazowy alfabet”

Pacjent przepisuje według wzoru poszczególne litery alfabetu i wyrazy, a następnie zaznacza w wyrazach ćwiczoną literę.

A .....

A .....

A .....

A .....

ARBUZ .....

APARAT .....

AGREST .....

ANIOŁ .....



AGRAFKA .....  
 ALBUM .....  
 AUTOBUS .....  
 APASZKA .....  
 ANANAS .....  
**B** .....  
 B .....  
 B .....  
 B .....  
 B .....  
 BAŁWAN .....  
 BRODA .....  
 BRZUCH .....  
 BANAN .....  
 BATON .....  
 BALON .....  
 BYK .....  
 BRAMA .....  
 BUKIET .....

- „Ukryta głoska”  
 Pacjent uzupełnia brakującą literę.

Wariant 1 (łatwiejszy):

_EBULA	_YRK	_YTRYNA
_EGŁA	_ÓRKA	_YNAMON
_UKIERKI	_YMBĄŁKI	_ENA
_UKIER	_YGARO	_AŁY
_AŁUS	_EKIN	_ELNIK

Wariant 2 (trudniejszy):

CEB_LA	C_RK	CYT_YNA
CE_ŁA	CÓR_A	C_NAMON
CUK_ERKI	C_NA	CYMB_ŁKI
CUK_ER	C_GARO	CA_Y
CAŁ_S	CE_IN	CE_NIK

## Kilka uwag ogólnych

Terapia neurologopedyczna wymaga ogromnej wytrwałości i cierpliwości ze strony pacjenta, jego rodziny oraz neurologopedy. „Przystosowanie do choroby polega na umiejętności minimalizowania zakłóceń związanych z wywiązywaniem się z życiowych ról, nabywaniu umiejętności opanowania emocji oraz zdolności utrzymania takiego stopnia aktywności życiowej, która pozwala jednostce utrzymać sens i znaczenie”<sup>12</sup>. Podczas zajęć należy zaznajamiać pacjenta z nową rolą społeczną. Należy pamiętać, że w trakcie terapii powinno się zwrócić uwagę na otoczenie pacjenta, aby czuł się w nim bezpiecznie i swobodnie. Istotną kwestią jest również odpowiednia motywacja, która przyczynia się do znacznego zwiększenia efektywności terapii.

Ważnym elementem terapii neurologopedycznej jest rodzina, gdyż: „[człowiek] w rodzinie jest częścią całego systemu. Każda osoba w systemie jest związana z każdą inną w określony sposób. Każda jest częściowo całością i całkowicie częścią. Każda ma swoją własną indywidualność, a jednocześnie niesie ślady całego systemu rodzinnego. [...] Charakteryzuje się ona strukturą, systemem ról, władzy, kontroli, sposobami komunikowania, mitami, technikami osiągania własnych celów”<sup>13</sup>. Stąd jej głównym zadaniem jest wspieranie pacjenta w odnalezieniu się w nowej życiowej sytuacji. Warto na przykład, aby najbliżsi przydzielali pacjentowi obowiązki, na miarę jego możliwości, aby nie czuł się niepotrzebny, odsunięty na margines życia domowego.

Terapia to proces długotrwały, wymagający systematyczności i zaangażowania każdej ze stron. Właśnie dzięki nim może ona przynieść pożądane rezultaty i umożliwić pacjentowi poprawę stanu jego zdrowia.

## Bibliografia

- CWIETKOWA L.S.: *Perspektywy badań nad afazją: osobowość i język, wewnętrzny obraz afazji*. Przeł. M. SARNOWSKI. W: *Logopedia teoria i praktyka*. Red. M. MĘLYNARSKA, T. SMEREKA. Wrocław, A Linea 2005.
- DOMAŃSKA Ł., BORKOWSKA A.R.: *Podstawy neuropsychologii klinicznej*. Lublin, Wydaw. UMCS 2008.
- GRABIAS S.: *Perspektywy opisu zaburzeń mowy*. W: *Zaburzenia mowy*. Red. IDEM. Lublin, Wydaw. UMCS 2001.

<sup>12</sup> B. STELCER: *Psychologiczne wyznaczniki...*, s. 58.

<sup>13</sup> A. ŁADYŻYŃSKI: *Siła rodziny – próba spojrzenia systemowego*. W: *Wieloaspektowość diagnozy i terapii logopedycznej*. Red. K. KOKOT. Wrocław, Atut 2012, s. 108–109.

- ŁADYŻYŃSKI A.: *Siła rodziny – próba spojrzenia systemowego*. W: *Wieloaspektowość diagnozy i terapii logopedycznej*. Red. K. KOKOT. Wrocław, Atut 2012.
- MARUSZEWSKI M.: *Afazja. Zagadnienia teorii i terapii*. Warszawa, PWN 1966.
- MIRECKA U.: *Dysartria w aspekcie diagnostycznym – typologia zjawisk*. W: *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*. Red. S. GRABIAS, M. KURKOWSKI. Lublin, Wydaw. UMCS 2014.
- PANASIUK J.: *Afazja a interakcja. Tekst – Metatekst – Kontekst*. Lublin, Wydaw. UMCS 2013.
- PANASIUK J.: *Afazja – typologia zaburzenia. Interpretacja afazji z perspektywy interakcyjnej*. W: *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*. Red. S. GRABIAS, M. KURKOWSKI. Lublin, Wydaw. UMCS 2014.
- PĄCHALSKA M.: *Afazjologia*. Warszawa, Wydaw. Naukowe PWN 2012.
- STELCER B.: *Psychologiczne wyznaczniki skutecznego zmagania się z chorobą i niepełnosprawnością*. W: *Wielowymiarowość procesu rehabilitacji*. Red. J. ROTTERMOND. Kraków, Impuls 2007.
- STYCZEK I.: *Logopedia*. Warszawa, PWN 1981.
- PRUSZEWICZ A.: *Foniatrya kliniczna*. Warszawa, PZWL 1992.