

1. Podział afazji klinicznej (Wernickiego-Lichteima).

Jedną z pierwszych prób taksonomii zaburzeń afatycznych była kliniczna klasyfikacja C. Wernickego zaprezentowana w 1874 r. i zmodyfikowana następnie przez O. Lichteima w 1885 r. Wyrasta ona z teorii lokalizacyjnej i oparta na modelu organizacji wyższych funkcji psychicznych. Jej autorzy przyjęli za punkt wyjścia stwierdzenie, że w korze mózgowej zlokalizowane są trzy rodzaje ośrodków regulujących czynności mowy:

- 1) ruchowy ośrodek mowy Broca (ośrodek wyobrażeń ruchowych słów);
- 2) słuchowy ośrodek mowy Wernickego (ośrodek wyobrażeń słuchowych słów);
- 3) inne ośrodki kory pobudzające aktywność ośrodków mowy.

Struktury korowe połączone są ze sobą, a także z niżej położonymi strukturami podkorowymi za pomocą włókien nerwowych i współdziałają ze sobą. Afazja-powstaje na skutek uszkodzenia samych ośrodków lub połączeń między nimi i wynikają następujące formy afazji:

- 1) **korowa afazja ruchowa** powstaje na skutek uszkodzenia ruchowego ośrodka mowy,
- 2) **korowa afazja czuciowa** powstaje na skutek uszkodzenia słuchowego ośrodka mowy,
- 3) **transkorowa afazja ruchowa** powstaje na skutek przerwania połączeń pomiędzy;
- 4) **transkorowa afazja czuciowa** powstaje na skutek przerwania połączenia pomiędzy A i B);
- 5) **afazja przewodzenia** (powstaje na skutek przerwania połączenia pomiędzy M i A);
- 6) **podkorowa afazja ruchowa** (powstaje na skutek przerwania połączenia pomiędzy M i m);
- 7) **podkorowa afazja czuciowa** (powstaje na skutek przerwania połączenia pomiędzy A i a).

Koncepcja Wernickego-Lichteima, wskazująca na korelacje między lokalizacją uszkodzenia a klinicznym obrazem zaburzeń językowych.

2. U której afazji występuje **sałatka słowna**?

afazja akustyczno-gnostyczna, przejawiająca się głębokimi zaburzeniami rozumienia mowy. Chory słyszy, lecz nie potrafi zidentyfikować dźwiękowej formy wypowiedzi. W jego mowie charakterystyczna jest *logorea* i "sałatka słowna" z typowymi dla tego rodzaju afazji neologizmami. W lżejszych postaciach występują parafazje głoskowe. Analogicznie do zaburzeń w mówieniu obserwuje się zaburzenia pisania, występują w tym typie afazji paragrafie literowe o podłożu fonetycznym;?

3. W której afazji występuje **logorea**?

Akustyczno-gnostyczna

4. Co to jest **agnozja**?

(gr. *gnosis* 'poznanie') powstają w wyniku uszkodzenia mózgu na granicy lewego płata ciemieniowego i potylicznego. Dotyczą one zaburzeń poznawczych w obrębie każdego zmysłu. W przypadku agnozji **wzrokowych** trudności mogą objawiać się niemożnością rozpoznania przedmiotów, twarzy ludzkich, kolorów. Agnozje **słuchowe** objawiają się trudnościami w rozpoznawaniu dźwięków, w tym również słów ("czysta głuchota słów") i zdań, stąd są podstawą afazji percepcyjnych związanych z uszkodzeniem okolicy Wernickego, a także mogą powodować trudności w ocenie różnych cech dźwięków muzycznych (amuzja). Agnozje **dotykowe** natomiast ujawniają się na przykład niemożnością policzenia własnych palców bez udziału wzroku czy rozpoznania przedmiotów poprzez dotyk. Zaburzenia w orientacji przestrzennej przejawiają się nierozróżnianiem stron ciała, myleniem kierunków (w lewo-w prawo; do przodu-do tyłu), stron świata (wschód-zachód; północ-południe); trudnościami w odczytywaniu układu wskazówek zegara i niemożnością określenia godziny. Agnozje dotyczą także niektórych przypadków aleksji i akalkulii. Osobną formą zaburzeń spostrzegania jest **zespół pomijania stronnego**, kiedy pacjent nie dostrzega swej chorej części ciała, strony przedmiotu.

5. Jaki jest podstawowy defekt w afazji akustyczno ~ mnestycznej?

afazja akustyczno-mnestyczna, w której następuje utrata śladów pamięciowych słów, co przejawia się trudnościami aktualizacji nazw. Występują trudności w rozumieniu dłuższych wypowiedzi, powtarzaniu i mówieniu. Charakterystyczne są też neologizmy;

6. Klasyfikacja Jacobsona (kombinacji i selekcji)

Koncepcja lingwistycznego opisu i podziału zaburzeń afatycznych Jacobsona wykorzystuje dychotomiczną koncepcję znaku językowego de Saussure'a. Chodzi tu o związki asocjacyjne oraz występujące związki paradygmatyczne. W kontekście tej teorii system językowy organizują dwie osie:

- 1) oś syntagmatyczna, która odpowiada diachronicznemu (sekwencyjnemu) aspektowi języka, łączeniu wyrażen w ciągi syntaktyczne, tworzeniu kontekstu;
- 2) oś paradygmatyczna, która odpowiada kodowi języka, czyli powiązaniu słowa z innymi słowami na podstawie podobieństwa znaczenia i/lub brzmienia.

Przyjmując dwuosiową organizację systemu, Jakobson wyróżnia w każdym elemencie kodu językowego (znaku językowym) dwa rodzaje układu:

- 1) kombinacji, co znaczy, że każdy znak jest złożony ze znaków składowych i/lub występuje tylko w kombinacji z innymi znakami, a zatem każda jednostka językowa służy jako kontekst bardziej złożonej jednostce językowej. Każde zgrupowanie jednostek językowych łączy je w wyższą jednostkę. Kombinacja i przynależność do kontekstu to dwie strony tego samego działania;

2) selekcji, co znaczy, że wybór spośród alternatyw implikuje możliwość zastąpienia jednej jednostki języka inną, równoważną jej pod pewnym względem, a różną od niej pod innym. Selekcja i substytucja to również dwie strony tego samego działania.

Proces selekcji dotyczy jednostek połączonych w kodzie, ale nie w danym tekście, podczas gdy procedura kombinacji dotyczy połączenia jednostek w kodzie i/lub tekście. W poszczególnych przypadkach afazji, zdaniem Jakobsona, następuje zaburzenie jednego z dwóch rodzajów układu (kombinacji bądź selekcji), co jest kryterium wyodrębnienia dwóch typów afazji:

1) **afazji kombinacji (styczności, przyległości)**, czyli zaburzeń łączenia jednostek językowych w jednostki bardziej złożone- zdania, co prowadzi do agramatyzmu, pomijania wyrazów funkcyjnych i stylu telegraficznego. W niektórych przejawach tego typu afazji wyraz jest jedyną zachowaną jednostką języka. Najbardziej odporne na zakłócenia pozostają słowa wolne od kontekstu i wypowiedzi stereotypowe;

2) **afazji selekcji (podobieństwa, substytucji)**, czyli zaburzenia zdolności wyboru jednostek spośród systemu języka. Użycie języka ma charakter reaktywny, to znaczy uzależniony od kontekstu. Stąd wybór nazw odbywa się na podstawie przyległości przestrzennej lub czasowej. W tym typie afazji następuje utrata metajęzyka.

Wyodrębnione przez Jakobsona formy afazji odpowiadają dychotomicznym podziałom wg kryterium lokalizacji uszkodzenia w obrębie obszaru mowy: afazja kombinacji wiąże się z uszkodzeniem przedniego obszaru mowy (obejmującego tylną część płata czołowego), natomiast afazja selekcji- z uszkodzeniem tylnego obszaru mowy (obejmującego części płata skroniowego i ciemieniowego). Ponadto zaznacza się korelacja jakobsonowskiego podziału z taksonomią Juriowską. Na osi zaburzeń syntagmatycznych mieszczą się dwie afazje ruchowe: dynamiczna i kinetyczna, na osi zaburzeń paradygmatycznych afazje: kinestetyczna, akustyczno-gnostyczna, akustyczno-mnestyczna i semantyczna.

7. Na czym polega afazja przewodzeniowa Wernickiego?

Do wystąpienia objawów afazji przewodzeniowej prowadzi uszkodzenie dróg łączących obszar Broca z okolicą Wernickiego. Dotyczy ono zazwyczaj zawoju nadbrzeżnego lub też płacika ciemieniowego dolnego. Spontaniczna mowa jest w tym przypadku na ogół płynna, choć występują parafazje głoskowe. Bardzo głęboko zaburzona jest czynność powtarzania. Natomiast stosunkowo dobre rozumienie prostych wypowiedzi.

Konsekwencją przyjęcia jednej z koncepcji teoretycznych (wąskolokalizacyjnej bądź antylokalizacyjnej) jest stwierdzenie, że istnieje wiele różnych postaci afazji lub też że afazja jest czymś jednolitym. Perspektywa psychomorfologiczna wyznaczała w sposób naturalny występowanie wielu różnych postaci afazji, związanych z uszkodzeniami wielu różnych ośrodków. Ośrodki traktowane tu jako narządy poszczególnych funkcji mowy warunkować miały specyficzne zaburzenia danej zdolności, przy zachowaniu innych funkcji tych, których ośrodki nie zostały uszkodzone. Takie twierdzenia są podstawą podziału afazji na:

- 1) **afazję Broca** z zaburzeniami ruchowych obrazów słów, będącą wynikiem uszkodzenia dolnej części lewego płata czołowego, obszaru przedśrodkowego i górnej części lewego płata skroniowego;
- 2) **afazję Wernickiego** z zaburzeniami słuchowych obrazów słów, wywołaną uszkodzeniem zakrętu nadbrzeżnego płata ciemieniowego i górnej części płata skroniowego.

8. Definicja afazji Maruszewskiego

Afazja to spowodowane ograniczonym uszkodzeniem odpowiednich struktur mózgowych częściowe lub całkowite zaburzenie mechanizmów programujących czynności mowy u człowieka, który już opanował te czynności.

9. Afazja — gdzie jest zlokalizowane uszkodzenie

Uszkodzenie obejmuje głównie lewą półkulę mózgu u osób praworęcznych. Udar powoduje zniszczenie struktur korowych lub podkorowych. Uszkodzenie okolicy skroniowej powoduje najczęściej afazję sensoryczną, a czołowej – motoryczną.

Afazją nazywamy zaburzenia mowy, które powstają w wyniku uszkodzenia mózgu- głównie struktur korowych lub podkorowych- najczęściej półkuli dominującej dla mowy. U osób praworęcznych, dominującą półkulą dla czynności mowy – w tym: rozumienia, mówienia, pisanie, czytania itp. –jest półkula lewa. Natomiast u osób leworęcznych, dominacja półkulowa może być różna.

W wyniku coraz to częstszych zachorowań na udar mózgu, niejednokrotnie dochodzi do wystąpienia zaburzeń mowy. Mogą one mieć charakter tzw. afazji lub dyzartrii. W przypadku mowy dyzartrycznej, chory nie jest pozbawiony myślenia, programowania mowy. Deficyt dotyczy tylko samej artykulacji i krótszej fazy wydechu. Mowa jest bełkotliwa, niezrozumiała a oddech skrócony. Często pacjent krztusi się przy spożywaniu pokarmów, w szczególności –przy picciu. Czasami jednak zaburzenia mowy mogą być nasilone do tzw. anatrrii- wówczas wydobycie jakiegokolwiek dźwięku staje się niemożliwe, a pacjentom zakłada się sondę ułatwiająca podawanie pokarmów, gdyż połykanie jest niemożliwe. Chory może jednak komunikować z otoczeniem za pomocą pisma.

W przypadku afazji problem jest poważniejszy. Tu dochodzi nie tylko do trudności z mówieniem, ale także z rozumieniem, pisaniem i czytaniem.

10. Czym przejawia się nieafatyczne zaburzenie mowy

11. Definicja parafazji semantycznej

Parafazje semantyczne to słowa, które należą do tej samej kategorii znaczeniowej, co słowa celowe np chory mówi: na długopis ołówkę; na szklanę - kubek; na książkę - zeszyt; na rower - motor. Często spotykaną postacią parafazji semantycznej jest użycie słowa o bardziej ogólnym znaczeniu niż słowo celowe, np. chory mówi na psa - zwierzę, a na jabłko owoc. Na uwagę zasługuje fakt, że chory, choć niejednokrotnie bardzo chce podać właściwą nazwę, to jednak nie potrafi sobie jej przypomnieć.

12. Embol — trzeba wpisać, podana była definicja

U niektórych pacjentów występuje tzw. embol czyli chory wypowiada jakąś zbitkę głosek ,wielokrotnie powtarzając. Czasami mowa pacjenta staje się całkowicie nielogiczna- mówimy wówczas o tzw. „sałatce słownej” czy „żargonofazji”.

13. Persewercja - trzeba wpisać, podana była definicja (od łac. perseveratio) – zjawisko polegające na powtarzaniu i utrzymywaniu się procesów psychicznych, na przykład myśli czy wrażeń. W zachowaniu osób chorych psychicznie często pojawia się objaw polegający na powtarzaniu tych samych słów i zdań jako odpowiedzi na różne pytania lub też na powtarzaniu stereotypowych gestów. Persewercja jest częstym objawem obserwowanym w schizofrenii. Występować też może w wielu organicznych chorobach psychicznych, np. w otępieniu padaczkowym. Objaw ten spotykamy niekiedy u ludzi niedorozwiniętych umysłowo.

14. Porównać afazje z dyzartrią

Dyzartria to zaburzenie na poziomie wykonawczym ruchowego mechanizmu mowy, spowodowane uszkodzeniami centralnego bądź obwodowego układu nerwowego, w przejawiające się dysfunkcjami w obrębie aparatu oddechowego, fonacyjnego i artykulacyjnego, skutkującymi zniekształceniami substancji fonicznej wypowiedzi w płaszczyźnie segmentalnej i suprasegmentalnej: zaburzenia realizacji fonemów i organizacji prozodycznej ciągu fonicznego mają różny zakres i nasilenie- w skrajnych przypadkach polegają na niemożności wytwarzania dźwięków mowy.

15. Co to są kompensacyjne mechanizmy

16. Etapy terapii afazji semantycznej

- a) Odbudowa schematu ciała i orientacji przestrzennej,
- b) Ćw w rozumieniu wyrażen przyimkowych na materiale wzrokowym i czuciowym (gesty, mimika),
- c) Ćw agnozji zegara i mapy,
- d) Rekonstrukcja wzrokowych wzorców liter i cyfr,
- e) Ćw w czytaniu, pisaniu, liczeniu,
- f) Ćw w rozumieniu związków składniowych na materiale wzrokowym,
- g) Odbudowa rozumienia i tworzenia struktur porównawczych oraz zdań wtrąconych, zdań z inwersją i z podwójnym przeczeniem,
- h) Ćw w rekonstrukcji treści i formy dłuższych wypowiedzi,
- i) Ocena poprawnościowa i korekta zdań złożonych zaburzonych pod względem gramatycznym i semantycznym,
- j) Ćw w aktualizacji słów na podstawie kryteriów semantycznych i formalnych.

17. Afazje nieklasyczne

Nowsze badania nad lokalizacją funkcji związanych z programowaniem mowy człowieka wskazują na rolę dodatkowych struktur mózgu, występujących poza tradycyjnym “obszarem mowy”, w organizowaniu zachowań językowych człowieka. Stąd w klasycznych taksonomiach afazji nie znalazły miejsca przypadki zaburzeń mowy, wynikające z uszkodzenia tych dodatkowych okolic. W literaturze afazjologicznej jako osobne typy omawia się: afazję skrzyżowaną, afazję podkorow i afazję transkorow.

Afazja skrzyżowana określa się zaburzenia, które występują u osób praworęcznych przy uszkodzeniu prawej półkuli. Trudności objawiają się analogicznie jak w afazji Broca i Wernicke’go. Podobne są też jej korelacje neuroanatomiczne, chociaż w przeciwieństwie do lewej, w przypadku półkuli prawej większy jest stopień uszkodzenia substancji białej (podkorowej). Afazja skrzyżowan charakteryzuje się też znaczną dynamiką wycofywania się objawów zaburzeń w stosunku do typowych afazji. Szacuje się, że afazja skrzyżowana dotyczy 3-4% wszystkich przypadków afazji.

Afazje podkorowe to zespoły objawów występujące u chorych, u których uszkodzenia mózgu obejmowały struktury podkorowe, takie jak jądra podkorowe i głębiej położone drogi nerwowe. Badania wskazują na znaczenie osi złożonej z następującej sekwencji połączeń: kora, prażkowie, gałka biała, wzgórze, kora. Afazja spowodowana zniszczeniem jąder po

a) ruchowa-

Afazje transkorowe stanowią kolejną grupę nietypowych rodzajów afazji. Tradycyjnie dzieli się je na:

1) **transkorową afazję ruchową**, w której uszkodzenie dotyczy płata czołowego z przodu lub powyżej okolicy Broca albo dodatkowego pola ruchowego dla mowy (okolica przyśrodkowa płata czołowego). W tych przypadkach występuje stosunkowo dobra zdolność powtarzania, chociaż w znacznym stopniu zaburzona jest mowa od siebie. Dość dobrze zachowane jest również rozumienie mowy. I chociaż podobnie jak w afazji Broca zaburzona jest tu płynność mowy, nie występują tu zaburzenia artykulacji, chorzy nie popełniają też agramatyzmów. Ze względu na różnorodność objawów w obrębie transkorowej afazji ruchowej, podział bywa specyfikowany i wymieniane są podtypy tego typu: afazja perseweracyjna i afazja dynamiczna. Pierwsza charakteryzuje się trudnościami w przejściu od jednego do drugiego wypowiedzianego słowa, w drugiej - przy braku perseweracji - obserwuje się znaczną redukcję wypowiedzi;

2) **transkorową afazję czuciową**, która wynika z uszkodzenia okolicy styku skroniowo-ciemieniowo-potylicznego z tyłu od zakrętu skroniowego górnego i pokrywa się z tylną częścią pola Wernickego (pole 37 według Brodmanna). W zaburzeniu tym, przy stosunkowo dobrej zdolności powtarzania, występują zaburzenia rozumienia mowy. Mowa spontaniczna pozostaje płynna, charakteryzują ją jednak objawy parafazji i sałatki słownej. W afazji transkorowej czuciowej na skutek przzerwania połączeń pomiędzy okolicą Wernickego a okolicami odpowiedzialnymi za odbiór znaczenia słów obserwuje się zachowanie czynności powtarzania, co różni ją od afazji Wernickego, przy jednocześnie głębokim zaburzeniu rozumienia wypowiedzi słyszanych;

3) **transkorową afazję mieszaną**, określaną też mianem "zespołu izolowanego obszaru mowy", wywoływana jest ona bowiem przez mechanizm izolacji obszaru korowego wokół bruzdy Sylwiusza od innych obszarów asocjacyjnych: czołowych, skroniowych i ciemieniowych. Współwystępują w niej objawy podkorowej afazji ruchowej i czuciowej, co w konsekwencji prowadzi do afazji globalnej. Jej przypadki zdarzają się sporadycznie.

Ostatnią grupę nietypowych zaburzeń afatycznych stanowią **afazje przewodzenia**. Lokalizacja uszkodzenia obejmuje w tych przypadkach zakręt nadbrzeżny (pole 40 według Brodmanna) lub zakręt kątowy (pole 39) i dotyczy zaburzeń połączenia między korą skroniową, czołową i ciemieniową. Bezpośrednią przyczyną jest prawdopodobnie przerwanie pęczka łukowatego, a także dysfunkcje innych struktur podkorowych łączących czuciowy i ruchowy obszar mowy. Głównym występującym tutaj zaburzeniem są trudności w powtarzaniu słów. Pacjent rozumie mowę i sam świadomy jest popełnianych błędów.

Afazja pierwotna postępująca- w obrazie klinicznym stopniowe i wolno postępujące narastanie zaburzeń językowych przy zachowanych we wczesnym etapie choroby sprawnościach intelektualnych i behawioralnych (brak symptomów demencji). Rozumienie, funkcje wzrokowo-przestrzenne oraz pamięć mieszczą się w granicach normy lub powyżej przeciętnej. Długo zachowana zdolność formułowania ocen oraz umiejętność samodzielnego radzenia sobie w codziennych sytuacjach. U większości pacjentów obserwuje się obniżony nastrój i świadomość własnych zaburzeń. Afazja ta dotyczy osób w okresie przedstarczym (przed 65), u których nie występują wyraźne oznaki zaburzeń neurologicznych. Trudności mają początkowo łagodny charakter i mogą pozostać niezauważone przez otoczenie lub zinterpretowane, jako wynik stresu lub problemów natury emocjonalnej.

18. Objawy afazji

W przypadku afazji sensorycznej deficyt dotyczy tzw. odbioru mowy- czyli chory nie rozumie tego, co do niego mówimy. Może to obejmować bardziej skomplikowane pytania czy polecenia – kierowane do chorego, jak i najprostsze pytania, na które chory wcale nie reaguje.

Afazja motoryczna objawia się trudnościami w mówieniu- począwszy od niemożności wydobywania dźwięku po trudności w budowaniu dłuższych wypowiedzi.

Czasami chory perseweruje usłyszany tekst- czyli powtarza wielokrotnie-. W innym przypadku „przekręca” słowa czyli popełnia tzw. parafazje.

Afazja amnestyczna uwidacznia się w kłopotach z nazywaniem przedmiotów- mimo, że chory wie co to jest i do czego służy, nie potrafi podać nazwy przedmiotu.

Afazja amnestyczna w czystej postaci może być spowodowana udarem mózgu, otępieniem, depresją, ale także poważniejszymi chorobami tj. guzy mózgu.

Z tymi objawami należy natychmiast udać się do neurologa.

Najczęściej dochodzi do występowania tzw. afazji mieszanej czyli kombinacji każdej z trzech afazji lub też afazji całkowitej, w przypadku której chory nie mówi nic i niczego nie rozumie.

19. Analityczne podejście w terapii afazji

1. Definicja afazji

(gr fazis-mowa) określa się częściową lub całkowitą utratę umiejętności posługiwania się językiem, spowodowaną uszkodzeniem znajomości języka (rozumienia i nadawania), czemu towarzyszą mniejsze lub większe trudności w ponownym nauczaniu się go.

2. Parafazje

Są to zniekształcenia wzorca słowa lub zamiana słowa na inne, istniejące w leksykonie, ale nieadekwatnie użyte w danym kontekście. Wynikają z zaburzeń tworzenia słowa już na etapie selekcji z leksykonu i/lub planowania wzorca fonologicznego i motorycznego. Różnicuje się:

- parafazje fonemiczne - trudność utrzymania prawidłowego wzorca brzmieniowego słowa;
- parafazje werbalne - wymiana słowa na inne, istniejące w języku, ale w danym kontekście źle wybrane w aspekcie znaczenia ; jeśli właściwe słowo zamienione jest na nieadekwatne, ale bliskie znaczeniowo, stosowane jest określenie parafazja semantyczna;
- parafazje neologistyczne (neologizmy) - zniekształcenie słowa w taki sposób, że nie przypomina żadnego, istniejącego w danym języku

3. Afazje Wernickiego – Lichteima

Koncepcja Wernickiego-Lichteima, wskazująca na korelacje między lokalizacją uszkodzenia a klinicznym obrazem zaburzeń językowych, zainspirowała innych badaczy, którzy analogicznie do schematu Wernickiego-Lichteima konstruowali własne modele, poszukując związków pomiędzy lokalizacją uszkodzenia a klinicznym obrazem zaburzeń językowych.

4. Struktury należące do obszaru mowy

5. Afazja przyległości wg Jacobsona

afazji kombinacji (styczności, przyległości), czyli zaburzeń łączenia jednostek językowych w jednostki bardziej złożone - zdania, co prowadzi do agramatyzmu, pomijania wyrazów funkcyjnych i stylu telegraficznego. W niektórych przejawach tego typu afazji wyraz jest jedyną zachowaną jednostką języka. Najbardziej odporne na zakłócenia pozostają słowa wolne od kontekstu i wypowiedzi stereotypowe;

6. Etapy afazji kinetycznej

- a) Ćw. w wypowiedzaniu tekstów zautomatyzowanych,
- b) Ćw. w wyodrębnianiu dowolnych elementów z ciągu automatycznego,
- c) Odbudowa schematów składniowych zdań na podstawie wzorca wzrokowego zdań oznajmujących, rozkazujących, pytających,
- d) Ćw akomodacji składniowej i semantycznej czasowników,
- e) Werbalizowanie własnej aktywności (automatyzuje),
- f) Przełamywanie agramatyzmów ruchowych,
- g) Ćw upłynniające artykulację wyrazów i zdań,
- h) Ćw prozodyczne,
- i) Ćw dialogowe,
- j) Ćw narracyjne,

7. Jaki jest podstawowy defekt w afazji akustyczno-gnostycznej

afazja akustyczno-gnostyczna, przejawiająca się głębokimi zaburzeniami rozumienia mowy. Chory słyszy, lecz nie potrafi zidentyfikować dźwiękowej formy wypowiedzi. W jego mowie charakterystyczna jest *logorea* i "sałatka słowna" z typowymi dla tego rodzaju afazji neologizmami. W lżejszych postaciach występują parafazje głoskowe. Analogicznie do zaburzeń w mówieniu obserwuje się zaburzenia pisania, występują w tym typie afazji paragrafie literowe o podłożu fonetycznym;

8. Na czym polega zaburzenie dementywne

9. Porównać afazje i dyzartrie

10. Afazja ruchowa – dynamiczna wg Lurii

afazja ruchowa kinestetyczna (afarentna, dośrodkowo-ruchowa), która charakteryzuje się zaburzeniami analizy i syntezy doznań czuciowych pochodzących od narządów mowy (apraksją oralną). Niemożność odnalezienia właściwego ułożenia narządów artykulacyjnych jest przyczyną trudności w artykulacji. Występują zniekształcenia wypowiedzianych głosek i słów, parafazje głoskowe, czyli zamiany głosek w danym słowie na inne, zbliżone pod względem artykulacyjnym. Analogiczne trudności pojawiają się w piśmie - występują paragrafie literowe. Rozumienie wypowiedzi pozostaje prawidłowe, chociaż mogą wystąpić nieznaczne deficyty w zakresie słuchu fonematycznego;

afazja kinetyczna (eferentna, odśrodkowo-ruchowa), którą charakteryzują zaburzenia płynności i automatyzacji ruchów artykulacyjnych. Trudności dotyczą przechodzenia od jednego układu artykulacyjnego do następnego (pojawiają się persewercje), rozpada się ruchowy wzorzec wyrazów i zdań. Mowa jest skandowana. Pojedyncze dźwięki wypowiedzane są poprawnie. Zachowana pozostaje też zdolność odbioru mowy. W lżejszych postaciach tych zaburzeń obserwuje się zakłócenie płynności

mowy na poziomie zdania, rozpad dynamicznych schematów składniowych, agramatyzmy ruchowe i tzw. styl telegraficzny;

afazja motoryczna dynamiczna, która objawia się trudnościami w planowaniu i formułowaniu dłuższych wypowiedzi. Aktywność językowa chorego ogranicza się do tworzenia zredukowanych, często stereotypowych tekstów, charakterystyczna jest tu też echolalia;

11. **Ogniwa łańcucha mowy g. Łurii**

- a) **gnozja somestetyczna**, czyli czucie ułożenia poszczególnych części aparatu artykulacyjnego, oparta jest na przetwarzaniu w korowych okolicach wieczka ciemieniowego zwrotnej informacji czuciowej, wytwarzanej podczas wypowiedzania tekstu;
- b) **synteza sekwencyjna**, czyli organizacja w czasie ruchów aparatu artykulacyjnego, która warunkuje płynne wypowiadanie słów i zdań, jej organizację reguluje okolica Broca, leżąca w dolnej części lewej okolicy przedruchowej;
- c) **mowa wewnętrzna**, czynnik najmniej rozpoznany, związany ze zdolnością do programowania rozwiniętych wypowiedzi i przypisany okolicom lewego płata czołowego, położonym do przodu od okolicy Broca;
- d) **słuch fonematyczny**, czyli zdolność różnicowania cech diakrytycznych dźwięków mowy zgodnie z zasadami systemu fonologicznego, która jest realizowana przez okolicę Wernickego, zlokalizowaną w tylnej części górnego zawoju skroniowego w dominującej półkuli mózgu;
- e) **słuchowa pamięć słowna**, czyli zdolność utrzymywania w pamięci usłyszanych słów i zdań, związana jest z funkcjonowaniem tylnej części płata skroniowego, leżącej poniżej okolicy Wernickego;
- f) **synteza symultatywna**, czyli jednoczesna analiza napływającej informacji językowej pod względem logiczno-gramatyczno-semantycznym, realizowana przez okolice kory mózgowej leżące na pograniczu płatów: ciemieniowego, potylicznego i skroniowego.

12. **Objawy prognozy**

PRAGNOZJA- nieafatyczne zaburzenia mowy, nabyte na skutek ogniskowych uszkodzeń podległej (zwykle prawej) półkuli mózgu. Zaburzenia zachowań językowych i komunikacyjnych. Organizowanie uszkodzeń mózgu w obrębie podległej (zwykle prawej) półkuli mózgu, któremu towarzyszą rozmaite zaburzenia czynności poznawczych, w tym zaburzenia zachowań językowych i komunikacyjnych.

AFAZJA A PRAGNOZJA- (system fonologiczny):

1. W przypadku uszkodzenia dominującej półkuli mózgu zaburzone są głównie czynności dowolne (kontrolowane) *Afazja*.
2. Uszkodzenie półkuli prawej powoduje negatywne skutki głównie w automatycznych aspektach mówienia czy pisania- *Pragnozja*.

ZABURZENIA JĘZYKOWE I KOMUNIKACYJNE W PRAGNOZJI:

1. Pragnozje głoskowe (elizje, metatezy, substytucje itp.) w czynnościach nazywania, powtarzania i cytowania,
2. W pisaniu- *paragrafie literowe*- omijanie, reduplikowanie części oraz całych liter,
3. Uproszczenia struktury prozodycznej wypowiedzi- realizacje są spłaszczone intonacyjnie, pozbawione akcentu logicznego, spowolnione i monotonne (prozodia lingwistyczna),
4. *Aprozodia emocjonalna*- trudności z ekspresją treści emocjonalnych, nieadekwatne reakcje emocjonalne,
5. Uproszczenie lub redundacja składni, występowanie potoków składniowych, zdań wtrąconych u urwanych,
6. Trudności z definiowaniem słów, deficyty w nazywaniu, zakłócenia w rozumieniu znaczeń metaforycznych, skłonność do stereotypii językowej i formuliczności,
7. Zaburzone tworzenie samodzielnych wypowiedzi (wplatanie elementów własnej biografii, nowe wątki, nieadekwatne uwagi i komentarze),
8. niezdolność do formułowania komunikatów adekwatnych do sytuacji, osoby interlokutora i pragmatycznych funkcji przekazu.

13. **W jakiej afazji są persewacje?**

afazja kinetyczna (eferentna, odśrodkowo-ruchowa), którą charakteryzują zaburzenia płynności i automatyzacji ruchów artykulacyjnych. Trudności dotyczą przechodzenia od jednego układu artykulacyjnego do następnego (pojawiają się persewacje), rozpada się ruchowy wzorzec wyrazów i zdań. Mowa jest skandowana. Pojedyncze dźwięki wypowiedzane są poprawnie. Zachowana pozostaje też zdolność odbioru mowy. W lżejszych postaciach tych zaburzeń obserwuje się zakłócenie płynności mowy na poziomie zdania, rozpad dynamicznych schematów składniowych, agramatyzmy ruchowe i tzw. styl telegraficzny;

14. **Objawy słuchowej pamięci słownej**

Defekt podstawowy ma formę zaburzenia słuchowej pamięci werbalnej lub swoistych zaburzeń akustyczno-mnestycznych. Jego główną cechą jest niezdolność do utrzymania w pamięci nawet niewielkich serii dźwięków, sylab lub słów. Chory myli ich porządek lub stwierdza, że część elementów

serii po prostu znika mu z pamięci. Jeśli takiemu choremu przedstawić serię złożoną z trzech lub czterech sylab („bu-ra-mi”, „ko-na-fu-po”), lub tej samej liczby słów („dom-las-stól”, „noc-kot-dąb-most”), to może on powtórzyć tylko jeden – dwa elementy serii, niekiedy pierwsze, niekiedy ostatnie. Zaburzenie to ma modalnie specyficzny charakter. Jeżeli przedstawić choremu grupę narysowanych figur lub nawet napisanych słów, zapamiętuje je dostatecznie trwale [Łuria 1976].

Prawdopodobnie podstawą zaburzenia słuchowej pamięci werbalnej jest podwyższone wzajemne hamowanie się śladów słuchowych, charakterystyczne dla patologicznych stanów kory skroniowej. Przymuszczenie podwyższone hamowanie powoduje swoiste ograniczenia zakresu sukcesywnego dźwiękowego spostrzegania. Znajduje to potwierdzenie w eksperymentach, polegających na eksponowaniu szeregu elementów dźwiękowych, analogicznych do przytoczonych powyżej, ale przedzielonych dłuższymi przerwami, co powoduje zmniejszenie wzajemnego indukcyjnego wpływu sąsiadujących elementów. W takich warunkach ślady każdego pobudzenia dźwiękowego mają wystarczający czas do konsolidacji i wówczas jest możliwe zachowanie w pamięci odpowiedniej serii dźwięków [Łuria 1976].

15. **Założenia szkoły pragmatycznej**

Szkoła pragmatyczna, której podstawowym założeniem było stwierdzenie, że zarówno u osób zdrowych, jak też chorych można wyróżnić dwa rodzaje zachowań słownych: zachowania obserwowane podczas badań testowych (wykonanie kliniczne) oraz zachowania w warunkach symulujących codzienne sytuacje (wykonanie funkcjonalne). W przypadku osób z afazją ten drugi typ językowej aktywności jest istotą prowadzonej rehabilitacji.

Celem diagnozy jest rozpoznanie specyficznych dla danego pacjenta z afazją ograniczeń i możliwości w odniesieniu do funkcji pragmatycznych języka, następnie opis strategii stosowanych przez chorego w codziennej komunikacji z otoczeniem, co ostatecznie doprowadza do opracowania efektywnych zachowań komunikacyjnych przy użyciu środków werbalnych i niewerbalnych, a także kontekstu tekstowego i sytuacyjnego. Skutkiem terapii pragmatycznej ma być zapewnienie choremu bezpieczeństwa w zakresie kontaktów społecznych, oraz aktywność chorego w interakcjach językowych. Twórcami tego podejścia byli M. Taylor, G. Davis, M. Wilcox, C. Durieu, a w Polsce to podejście rozpowszechniła J. Przesmycka-Kamińska.

16. **Od czego zależy skuteczność terapii afazji**

17. **Afazji mechanizmy**

18. **Objawy afazji kinetycznej i dynamicznej**

afazja kinetyczna (eferentna, odśrodkowo-ruchowa), którą charakteryzują zaburzenia płynności i automatyzacji ruchów artykulacyjnych. Trudności dotyczą przechodzenia od jednego układu artykulacyjnego do następnego (pojawiają się persewercje), rozpada się ruchowy wzorzec wyrazów i zdań. Mowa jest skandowana. Pojedyncze dźwięki wypowiedzane są poprawnie. Zachowana pozostaje też zdolność odbioru mowy. W lżejszych postaciach tych zaburzeń obserwuje się zakłócenie płynności mowy na poziomie zdania, rozpad dynamicznych schematów składniowych, agramatyzmy ruchowe i tzw. styl telegraficzny;

afazja motoryczna dynamiczna, która objawia się trudnościami w planowaniu i formułowaniu dłuższych wypowiedzi. Aktywność językowa chorego ogranicza się do tworzenia zredukowanych, często stereotypowych tekstów, charakterystyczna jest tu też echolalia;

19. **Co to jest parafazja głoskowa.**

parafazje głoskowe- zamiany głosek lub ich opuszczanie bądź zmienianie

Najbardziej charakterystyczne zaburzenia:

1. agramatyzm - zaburzona struktura gramatyczna;
2. parafazja semantyczna - używanie słów bliskoznacznych, bądź nieprecyzyjnych w miejsce właściwego słowa;
3. peryfrazy - opisywanie przedmiotu lub czynności, której pacjent nie może wypowiedzieć. Np. na łyżkę mówi: to czym się je;
4. anomia - omijanie lub opuszczanie słów, których pacjent nie jest w stanie sobie przypomnieć;
5. parafazje werbalne - zastępowanie słowa celowego, słowem bliskobrzmiącym, w głębokiej postaci ciągiem głosek o przybliżonym brzmieniu.
6. paragramatyzm - budowanie wypowiedzi zawierających strukturę syntaktyczną, rytm, melodię, jednak przy braku sensu wypowiedzi.

Spójną, wszechstronną, a przede wszystkim operacjonalizowaną w badaniach eksperymentalnych jest propozycja podziału zaburzeń afatycznych A. Łurii [1967]. Ze względu na aplikatywność tej koncepcji w terapii logopedycznej osób z afazją, warto omówić tę klasyfikację dokładniej. Obejmuje ona trzy postaci afazji ruchowej, dwa rodzaje afazji słuchowej oraz afazję semantyczną. Są to:

1) **afazja ruchowa kinestetyczna (aferentna, dośrodkowo-ruchowa)**, która charakteryzuje się zaburzeniami analizy i syntezy doznań czuciowych pochodzących od narządów mowy (apraksja

oralną). Niemożność odnalezienia właściwego ułożenia narządów artykulacyjnych jest przyczyną trudności w artykulacji. Występują zniekształcenia wypowiedzianych głosek i słów, parafazje głoskowe, czyli zamiany głosek w danym słowie na inne, zbliżone pod względem artykulacyjnym. Analogiczne trudności pojawiają się w piśmie - występują paragrafie literowe. Rozumienie wypowiedzi pozostaje prawidłowe, chociaż mogą wystąpić nieznaczne deficyty w zakresie słuchu fonematycznego;

2) **afazja kinetyczna (eferentna, odśrodkowo-ruchowa)**, którą charakteryzują zaburzenia płynności i automatyzacji ruchów artykulacyjnych. Trudności dotyczą przechodzenia od jednego układu artykulacyjnego do następnego (pojawiają się perseweracje), rozpada się ruchowy wzorzec wyrazów i zdań. Mowa jest skandowana. Pojedyncze dźwięki wypowiedziane są poprawnie. Zachowana pozostaje też zdolność odbioru mowy. W lżejszych postaciach tych zaburzeń obserwuje się zakłócenie płynności mowy na poziomie zdania, rozpad dynamicznych schematów składniowych, agramatyzmy ruchowe i tzw. styl telegraficzny;

3) **afazja motoryczna dynamiczna**, która objawia się trudnościami w planowaniu i formułowaniu dłuższych wypowiedzi. Aktywność językowa chorego ogranicza się do tworzenia zredukowanych, często stereotypowych tekstów, charakterystyczna jest tu też echolalia;

4) **afazja akustyczno-gnostyczna**, przejawiająca się głębokimi zaburzeniami rozumienia mowy. Chory słyszy, lecz nie potrafi zidentyfikować dźwiękowej formy wypowiedzi. W jego mowie charakterystyczna jest *logorea* i "sałatka słowna" z typowymi dla tego rodzaju afazji neologizmami. W lżejszych postaciach występują parafazje głoskowe. Analogicznie do zaburzeń w mówieniu obserwuje się zaburzenia pisania, występują w tym typie afazji paragrafie literowe o podłożu fonetycznym;

5) **afazja akustyczno-mnestyczna**, w której następuje utrata śladów pamięciowych słów, co przejawia się trudnościami aktualizacji nazw. Występują trudności w rozumieniu dłuższych wypowiedzi, powtarzaniu i mówieniu. Charakterystyczne są też neologizmy;

6) **afazja semantyczna**, która przejawia się trudnościami w rozumieniu złożonych gramatycznie form wypowiedzi, np. wyrażen przyimkowych, związków rządu, zdań z inwersją składniową, konstrukcji w stronie biernej.

Luriowska taksonomia w znacznym stopniu spełnia postulaty Nielsena [1946, 1947] dotyczące budowania systemu klasyfikacyjnego, w którym każdy przypadek zaburzeń mowy powinien być opisany według kilku kryteriów: 1) typu zaburzeń; 2) lokalizacji uszkodzenia; 3) zaburzonej modalności zmysłowej; 4) zaburzonej funkcji.

Do podstawowych poglądów na temat związku czynności psychicznych człowieka ze strukturami mózgu należą:

- a) Nurt wąskolokalizacyjny, który zakłada, że każda funkcja (zdolność) psychiczna człowieka jest reprezentowana w ściśle określonej okolicy kory półkul mózgowych, zwanej ośrodkiem tej funkcji. Uszkodzenie ośrodka danej funkcji znosi lub zaburza tę funkcję, co prowadzi do afazji,
- b) Kierunek koneksjonistyczny- uwzględnia obok idei korowych ośrodków reprezentujących poszczególne funkcje- ideę wzajemnych połączeń między ośrodkami korowymi oraz połączeń korowo-podkorowych. Mechanizm afatycznych zaburzeń mowy tłumaczy przerywnikiem włókien nerwowych łączących określone okolice mózgu,
- c) Nurt antylokalizacyjny (całościowy holistyczny) zakłada, że istnieje ścisła lokalizacja funkcji psychicznych w mózgu. Wyższe czynności psychiczne nie posiadają swoich ośrodków, nie są powiązane z żadnymi wyodrębnionymi strukturami, lecz są wynikiem czynności mózgu jako całości. Zgodnie z tą koncepcją zasada lokalizacji może dotyczyć jedynie funkcji niższych (funkcje czuciowe i ruchowe) nie dotyczy jednak wyższych funkcji psychicznych, co sugeruje, że mózg jest narządem czynnościowo-nieźróznicowanym. Nurt ten wiąże występowanie afatycznych zaburzeń mowy z dysfunkcją jednego czynnika określanego jako zdolność do tworzenia symboli i posługiwania się symbolami w komunikacji werbalnej.

Przyczyny afazji

Spośród wielu patomechanizmów afazji najważniejszymi są:

- udary mózgu (krwotoki mózgowy, zakrzepy tętnicze, zatory mózgowy, uciski tętnicze, skurcze tętnic mózgowych) - ok. 75% przyczyn występowania afazji;
- urazy mózgu - wstrząśnienia, stłuczenia, zranienia, ucisk - na skutek wypadków (komunikacyjnych, przemysłowych, przypadkowych);
- guzy mózgu (nowotworowe - najczęściej glejaki, zapałne - ropnie, naczyniowe - tętniaki, i inne);
- choroby neurodegeneracyjne (w tym choroby otępienne, np. choroba Alzheimera);
- zatrucia toksynami, procesy zapałne - wirusowe, bakteryjne, grzybiczne.

Uszkodzenia przyjmują postać ogniskową (dotyczą wtedy ograniczonych części mózgu) lub rozlaną (obejmują rozległą przestrzeń).