

**Anna Siudak**

Uniwersytet Komisji Edukacji Narodowej, Kraków

MoveConcept Physiotherapy, Kraków

ORCID 0000-0002-1986-9078

## Gradualne badanie umiejętności czytania i pisania w procesie diagnozy i terapii u dorosłych pacjentów z afazją<sup>1</sup>

Gradual literacy testing in the process of diagnosis and therapy  
in adult patients with aphasia

### Streszczenie

Wielu afazjologów podkreśla diagnostyczną wagę pisma (zob. Wójcik, Topór, 2021; Herzyk, Pąchalska, Grzesiak-Witek, Rutkiewicz-Hanczewska, Lewicka). Brak jednak jak dotąd systemowych propozycji wykorzystania tekstu pisanego w celach terapeutycznych. Jednocześnie badania nad skutecznością wczesnej nauki czytania wykazały jej duży wpływ na stymulację rozwoju małych dzieci – zarówno tych z zaburzeniami komunikacji językowych, jak i zdrowych (zob. Cieszyńska, Korendo, 2007, s. 305). Pomimo to wciąż brak szerzej zakrojonych analiz odbudowy systemu językowego poprzez pismo u dorosłych pacjentów z utratą umiejętności językowych. Opracowana na podstawie doświadczeń z pacjentami z afazją metoda gradualnej oceny sprawności czytania i pisania polega na stopniowym przechodzeniu od struktur łatwiejszych do bardziej złożonych bez wielokrotnego powtarzania tych samych procedur.

**Słowa kluczowe:** afazja, czytanie, pisanie, diagnoza, terapia

### Abstract

Many aphasiologists emphasize the diagnostic importance of writing (see Wojcik Topor, 2021, Herzyk, Pąchalska, Grzesiak-Witek, Rutkiewicz-Hanczewska, Lewicka). However, so far there are no systemic proposals for the use of written text for therapeutic purposes. At the same

---

<sup>1</sup> Opis gradualnego badania umiejętności czytania i pisania jest rozwinięciem koncepcji gradualnego podejścia do diagnozy językowej pacjentów z afazją. Więcej na ten temat zob. Siudak A. (2022). Gradualny sposób badania mowy pacjentów dorosłych z afazją. *Poznańskie Studia Polonistyczne. Seria Językoznawcza*, 29(1), 211–220. <https://doi.org/10.14746/pspsj.2022.29.1.13>

time, research on the effectiveness of early reading instruction has shown its great impact on stimulating the development of young children – both with language communication disorders and healthy children (see Cieszyńska, Korendo, 2007: 305). Despite this, there is still a lack of broader analyses of the reconstruction of the language system through writing in adult patients with language loss.

Developed on the basis of experience with patients with aphasia, the Gradual Literacy Assessment method involves a gradual transition from easier to more complex structures without repeating the same procedures over and over again.

**Keywords:** aphasia, reading and writing, diagnosis and therapy

## Wstęp

Zaburzenia czytania i pisania dotyczą pacjentów z różnymi typami afazji. Nie ma szczegółowych wytycznych, z których wyłaniałby się algorytm tej korelacji. Ośrodek czuciowy mowy pisanej, czyli tzw. gnozyj wzrokowej symboli słownych, znajduje się w bezpośrednim sąsiedztwie pola Wernickego (zakręt nadbrzeżny pole 40 oraz zakręt kątowy: pole 39), dlatego też najczęściej aleksja towarzyszy pacjentom z afazją czuciową. Zdarzają się jednak chorzy, u których zaburzenie rozumienia mowy jest głębokie, ale umiejętność czytania stosunkowo zachowana. Są także tacy pacjenci, którzy pomimo niewielkich deficytów językowych, nie potrafią odczytać nawet najprostszyc elementóv. Na zaburzenia umiejętności czytania w afazji składa się bowiem wiele czynników, takich jak: miejsce uszkodzenia i jego głębokość, choroby oczu i zakłócenia percepcji wzrokowej, ale też wykształcenie chorego, jego zainteresowania czy wiek. Nie bez znaczenia jest także sposób prowadzenia dotychczasowej terapii przez specjalistów lub też bliskich chorego.

Należy podkreślić, że podłoże aleksji może być różne. Przytoczone przez K. Walsh a i D. Darby'ego (2008) badania wykazują, że zaburzenia czytania i pisanie mogą pojawić się wskutek uszkodzeń ciemieniowych, ciemieniowo-potylicznych lub jedynie potylicznych, mogą występować łącznie bądź rozdzielnie (aleksja z agrafią lub bez agrafii), po uszkodzeniach lewej, prawej półkuli (Faglioni i in., 1968; za: Walsh, 2008, s. 292) lub struktur ciała modzelowatego (tzw. *splenium* – tylnej części ciała modzelowatego). U jednych pacjentów są objawem izolowanym (np. bez afazji czy też bez zaburzeń zdolności intramodalnych np. w obrębie systemu słuchowego, kiedy to pacjent potrafi przeliterować usłyszane słowo), u innych współwystępują na tle szerszego syndromu neurologicznego (z niedowidzeniem połowicznym, anomią barw, utratą zdolności rozpoznawania cyfr itp.). Trudności w czytaniu mogą powstać u niektórych pacjentów w wyniku zakłóceń w funkcjonowaniu zmysłu wzroku ze współwystępującymi chorobami oczu, agnozjami czy niedowidzeniem połowicznym (zob. Walsh, 2008, s. 290), u innych – z powodu trudności w kojarzeniu symboli wzrokowych ze słuchowymi. Zróżnicowanie strukturalno-funkcjonalne potwierdza niezbicie, jak trudno dotrzeć do pierwotnych przyczyn problemów z czytaniem. Szczególnie że nie wszyscy pacjenci dysponują bieżącymi badaniami (np. neuroobrazowymi) lub też często stan chorych ulega zmianie od czasu badania. Dlatego też w niniejszym opracowaniu postuluje się ocenę funkcjonalną umiejętności czytania, którą można

przeprowadzić – analogicznie do badania mowy – w sposób gradacyjny. Stopniowe badanie umiejętności czytania pozwala terapeutce rozemnić się nie tylko w głąbokości zaburzeń, ale także w przyczynie powodującej aleksję. Określenie poziomu funkcjonowania pacjenta jest zarazem pierwszym krokiem terapeutycznym, który wyznacza dalsze postępowanie logopedyczne.

Z uwagi na przewagę przetwarzania prawopółkulowego i kontekstowe wsparcie rozumienia jako podstawowy poziom zdolności czytania wyznacza się czytanie globalne rzeczowników konkretnych. Pierwsze próby dokładania etykiet do obrazków pojawiają się podczas badania rozumienia, gdy terapeuta pyta pacjenta o konkretny obrazek (np. pacjent wskazuje, gdzie jest *dom*). W przypadku prawidłowego wskazania, można dodatkowo poprosić o dołożenie etykiety do odpowiedniego obrazka. Ważne jednak, by prezentowany materiał dotyczył obiektów bliskich pacjentowi, a podpis do obrazków był wyraźny i zapisany dużą czcionką, najlepiej bezszeryfową (Arial) i na grubszym kartoniku. Jeśli pacjent wykona zadanie poprawnie, prosimy o samodzielne przeczytanie przygotowanych wyrazów już bez obrazka. W kolejnym kroku warto zmienić materiał na inne części mowy (przede wszystkim czasowniki i przymiotniki), a także sylaby (sylaby są trudniejsze), a następnie zdania – proste i złożone. Jeśli któreś ze zadań okaże się trudne, wyznacza ono poziom programowania terapii w zakresie czytania.

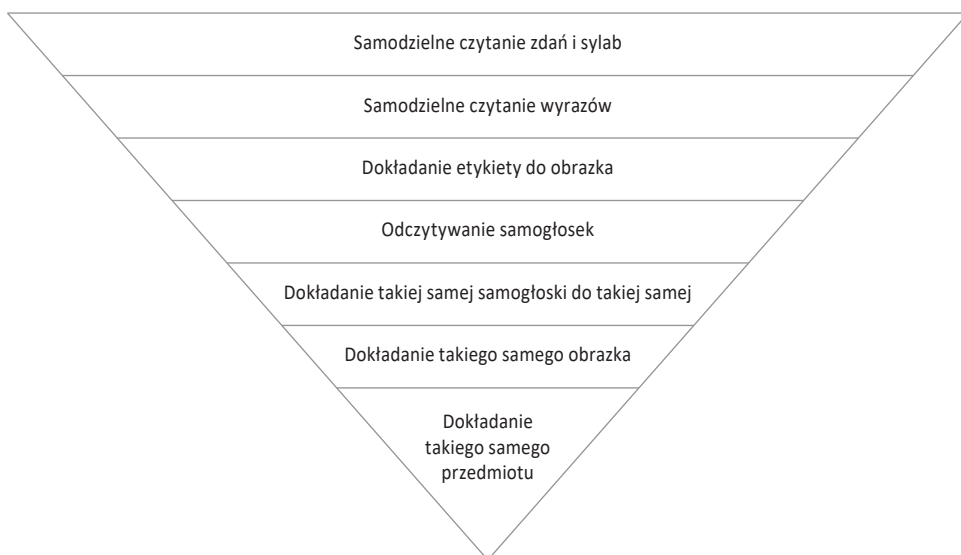
W sytuacji, gdy pacjent nie dołoży etykiet prawidłowo – należy sprawdzić znajomość liter, najlepiej poprzez próby czytania samogłosek, a dopiero w następnej kolejności – spółgłosek. Jeśli zadanie okaże się zbyt trudne – poziomem uproszczonym będzie dokładanie do siebie takiej samej litery (samogłoski) lub wyrazu. Jest to istotny poziom badania, ponieważ daje informacje na temat przyczyn aleksji: jeśli pacjent nie dokłada takich samych liter do siebie, najpewniej nie jest w stanie spostrzegać kształtu liter, a zatem problem może być percepcyjny i należy skonsultować się z innym specjalistą (neuropsychologiem, neurologiem, czasem psychiatrą). Jeśli natomiast dokłada etykiety, jednakże nie potrafi ich odczytać, oznacza to, że aleksja wynika najprawdopodobniej z zaburzenia kodu (np. powiązania dźwięku z literą). Dla pacjentów z dużymi trudnościami w identyfikacji kodu pisanego zadaniem uzupełniającym będzie próba wzrokowego spostrzegania, tj. dokładania do siebie takich samych obrazków, a jeśli nie przebiegnie ona pomyślnie – dokładanie do siebie takich samych przedmiotów<sup>2</sup>. Model opisywanego badania został zaprezentowany na ryc. 1.

Wychodząc od poziomu podstawowego, a zatem dokładania etykiet do obrazków przedstawiających konkretne rzeczowniki z najbliższego otoczenia pacjenta, należy pamiętać o odpowiednim doborze materiału: warto, by pierwsze próby odbyły się na rzeczownikach, które są ze sobą skontrastowane pod względem kształtu np. *dom* / *oko* (a nie np. *dom* / *kubek*) (ryc. 2).

W przypadku głębokich zaburzeń w czytaniu pacjent będzie popełniał błędy, czasem dokonywał substytucji w polu formalnym lub znaczeniowym (ryc. 3).

---

<sup>2</sup> Trudności z tym zadaniem mają np. pacjenci z agnozą. Bardzo ważne w takiej sytuacji jest skierowanie pacjenta na diagnozę neuropsychologiczną.



Ryc. 1. Schemat stopniowego badania umiejętności czytania

Źródło: oprac. własne.



Ryc. 2. Czytanie globalne – rzeczowniki konkretne

Źródło: Schematy, wyd. ARSON.



Ryc. 3. Czytanie globalne przez pacjenta z głęboką aleksją

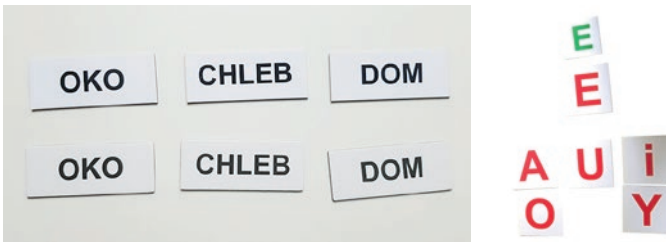
Źródło: archiwum własne.

Warto obserwować reakcje pacjenta – czasem zdarza się, że potrafi on sam skorygować popełniony błąd, w cięższych przypadkach, gdy brakuje autokorekty, można poprosić pacjenta o dołożenie takich samych obrazków do siebie w celu wyeliminowania ewentualnych trudności wzrokowych. Należy pamiętać, że pacjenci z głębokimi afazjami nie potrafią opowiedzieć o trudnościach, z jakimi borykają się w codziennym funkcjonowaniu. Dlatego też istotne jest, by terapeuta był świadom zjawisk neurobiologicznych i przeprowadził orientacyjną diagnozę w zakresie procesów wzrokowych.

Jeżeli pacjent wykonuje to zadanie, istotne jest upewnienie się w skali zaburzenia samego kodowania pisma poprzez dokładanie takich samych podpisów (czytanie globalne). Jeśli zadanie okaże się zbyt trudne, warto zredukować jego poziom do rozpoznawania samogłosek.

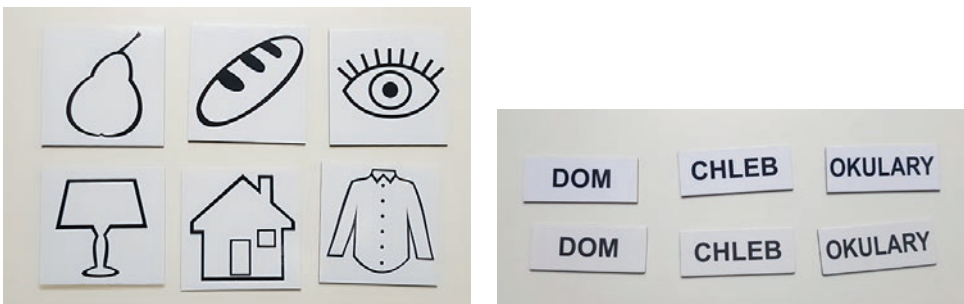


Ryc. 4. Dokładanie takich samych obrazków u pacjenta bez agnozji  
Źródło: archiwum własne.



Ryc. 5. Dokładanie takich samych elementów – wyrazy globalne oraz litery (samogłoski) – pacjent bez agnozji, z aleksją  
Źródło: archiwum własne.

Podczas prób identyfikacji pisma warto także wziąć pod uwagę, że w przypadku głębokich zaburzeń w etapie początkowym lepiej jest zastosować materiał zróżnicowany pod względem kształtu obiektów, ale także długości wyrazów. Często bowiem pacjenci z głęboką aleksją uczą się na nowo czytać na podstawie ogólnego wzoru wyrazu.



Ryc. 6. Przykładowe dostosowanie materiałów do pacjentów z głębokimi trudnościami w spostrzeganiu (różne kształty: okrągłe np. gruszka, chleb, oko oraz kwadratowe np. lampa, dom, koszula) oraz czytaniu (różne długości napisów np. dom, chleb, okulary)  
Źródło: archiwum własne.

Jeżeli pacjent wykonuje prezentowane zadania, można zastosować gradacyjne badanie poziomu czytania na podstawie materiałów J. Cieszyńskiej, pt. *Kocham mówić*, gdzie do każdej z 5 historyjek obrazkowych (grafika jest odpowiednia dla osób dorosłych) opracowane zostały teksty o 4 poziomach trudności językowo-gramatycznych. Materiały te służą nie tylko odpowiedniej diagnozie, ale pomagają rozbudowywać słownik i zjawiska gramatyczne podczas terapii. Poniżej poglądowy obrazek prezentujący przykładowe teksty do jednej z historyjek.



Ryc. 7. Gradualne badanie czytania

Źródło: Cieszyńska, 2008.

Jako potwierdzenie zachowanych na wysokim poziomie umiejętności czytania można wykorzystać tzw. czytanie kontekstowe. W tym samym otoczeniu pojawiają się zdania różniące się od siebie jedynie szczegółem. Wykorzystywaną przez terapeutów w tym celu pomocą może służyć *Posłuchaj, pokaż, odpowiedz* A. Tońskiej-Szyfelbein, gdzie w pierwszej części zawarte są proste zdania dostosowane do obrazków (zdjęć) typu:

- *Myje twarz.*
- *Myję naczynia.*
- *Myję zęby.*
- *Myje okna.*

a w wersji trudniejszej są to zdania typu:

- *Pan w szarym kapeluszu na głowie siedzi na krześle obok drzwi.*
- *Pan w szarym kapeluszu na głowie siedzi na krześle obok stołu.*
- *Pan w szarym kapeluszu na głowie siedzi na fotelu obok drzwi.*
- *Pan w szarej czapce na głowie siedzi na krześle obok drzwi.*



Ryc. 8. Czytanie kontekstowe – zdania łatwiejsze i trudniejsze

Źródło: Tońska-Szyfelbein, 2018.



## Terapia czytania

Założenia Symultaniczno-Sekwencyjnej Nauki Czytania® wynikają z przekonania, że „komunikacja polega na ciągłym łączeniu informacji kontekstowych z informacją wyrażoną językowo” (Klein, 2007, s. 126; za: Cieszyńska, 2011, s. 239), stąd podstawowymi rekwizytami terapeutycznymi są pismo i towarzyszące mu ilustracje, obrazki, zdjęcia, historyjki obrazkowe oraz opisy. W przypadku pacjentów dorosłych skuteczną strategią jest wykorzystanie podpisów w przestrzeni, tj. opisanie przedmiotów codziennego użytku w celu umożliwienia choremu jak największej liczby powtórzeń. Poza obszar niniejszej książki wykracza omawianie całej koncepcji Symultaniczno-Sekwencyjnej Nauki Czytania®, jednakże warto zwrócić uwagę na pewne istotne w terapii dorosłych rozwiązania, które z tą metodą nierozzerwalnie się wiążą.

Przede wszystkim istotny jest dobór materiału językowego, który w kluczowy sposób wpływa na motywację pacjenta. Aby dostrzegał on istotę ćwiczeń czytania, można np. dostosować pomieszczenia i przedmioty do ćwiczeń językowych (ryc. 9).

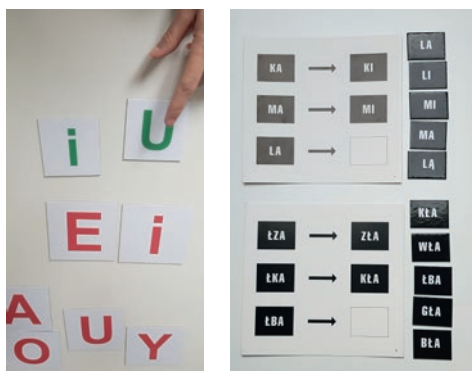


Ryc. 9. Czytanie globalne w codziennym funkcjonowaniu chorego

Źródło: archiwum własne.

Opisanie przedmiotów codziennego użytku wpływa na poprawę czytania globalnego, ale także aktywizuje mowę i pozwala pacjentowi powtarzać nowe struktury tak często, jak tego potrzebuje.

U pacjentów, u których problem z rozkodowaniem liter utrzymuje się dłużej, warto zacząć od podstaw, a zatem samogłosek. Z czasem można urozmaicać im ćwiczenia czytania np. poprzez łączenie ich z ćwiczeniami pisania, pamięci czy myślenia przez analogię dostosowanymi do jego poziomu.



Ryc. 10. Utrwalanie umiejętności czytania w zadaniach pamięci<sup>3</sup> i myślenia przez analogię  
Źródło: archiwum własne (wyd. Arson).

Czytanie globalne i rozpoznawanie liter (samogłosek oraz w sylabach) to z pewnością podstawa reedukacji aleksji. Elementy wprowadzane globalnie posłużą w dalszym etapie do odczytywania zdań oraz struktur składniowych: najpierw prostych, o zredukowanej konstrukcji typu, a następnie coraz dłuższych. Etapy ćwiczeń nad czytaniem u pacjentów z różnymi typami afazji i różnym stopniem aleksji zostały przedstawione na ryc. 11–12.



Ryc. 11. Czytanie prostych zdań (jednocześnie: utrwalanie fleksji rzeczownika)  
Źródło: archiwum własne.

<sup>3</sup> Zdjęcie przedstawia sekwencję samogłosek błędnie zapamiętaną przez pacjenta.





Ryc. 12. Budowanie coraz dłuższych tekstów

Źródło: archiwum własne.

Zwiększenie zasobów słownikowych oraz gramatycznych pozwala na budowanie coraz to dłuższych tekstów. Ich rozbudowa związana jest ściśle z programowaniem języka, dzięki czemu możliwe staje się nie tylko poszerzanie słownika czynnego, ale także korzystanie z kodu pisanego. Na ryc. 13 został zaprezentowany przykładowy tekst, dostosowany do sytuacji pacjenta z afazją mieszaną mieszkającego w Domu Pomocy Społecznej.

RANO **WSTAŁEM Z ŁÓŻKA** I **POSZEDŁEM DO ŁAZIENKI**.  
**UMYŁEM TWARZ, RĘCE I ZĘBY**.  
**POTEM ZJADŁEM ŚNIADANIE, KTÓRE BYŁO SMACZNE**.  
**ZJADŁEM CHLEB Z PASZTETEM I POMIDOREM**.  
**WYPIŁEM HERBATĘ Z CYTRYNĄ I ZAPALIŁEM PAPIEROSA**.  
**PÓŹNIEJ ĆWICZYŁEM Z LOGOPEDĄ**.  
**PO ZAJĘCIACH OGLĄDAŁEM TELEWIZJĘ I CZYTAŁEM GAZETĘ**.  
**NIE POSZDŁEM NA SPACER, BO BYŁA BRZYDKA POGODA I PADAŁ DESZCZ**.

Ryc. 13. Przykład tekstu dostosowanego do potrzeb chorego

Źródło: oprac. własne.

Dla lepszego rozumienia czytanego tekstu warto rozbijać większe struktury na pytania szczegółowe (*Kto? Co? Co robi? Gdzie? Z czym?* itp.). W początkowym etapie można w tym celu wykorzystać karty ćwiczeń E. Wianeckiej *Pytam i odpowiadam* wyd. Arson. Przy bardziej złożonych tekstach przygotowanych do czytania dla wysoko funkcjonujących pacjentów warto sięgnąć po zeszyty ćwiczeń autorek: Marioli Czarnkowskiej, Anny Lipy i Pauliny Wójcik-Topór pt. *Afazja – praca z tekstem* lub *Czytam i rozumiem*, cz. 1 i 2, wyd. WIR.

PAN GRABI LIŚCIE GRABIAMI.

KTO GRABI LIŚCIE?

CO ROBI PAN?

CO GRABI PAN?

CZYM PAN GRABI LIŚCIE?

KTO?

CO ROBI?

CO GRABI?

CZYM?

Ryc. 14. Pytania do tekstu na różnych poziomach terapii

Źródło: E. Wianecka (Arson) oraz A. Miechowska (WIR).

7

## Bociany

Na dachu domu pana Kazimierza znajduje się bocianie gniazdo. Co roku wiosną z ciepłych krajów przylatuje para bocianów, które właściciel domu nazwał: Ala i Alek. W tym roku bociany wcale nie odleciały jesienią. Zamiast lecieć do Turcji, Sudanu czy Egiptu, zostały w Polsce. Odleciały tylko ich młode.

Na szczęście zima była w tym roku wystarczająco łagodna, by ptaki przetrwały do wiosny. Zwierzęta wcale nie zmarły, bo nie było śniegu ani mrozu. Chyba czuły w kościach, że tak będzie...

– Wolę jednak, jak moje bociany odlatują – mówi pan Kazimierz. – Gdy wracają, wiosna ma zupełnie inny smak.

**Pytania zamknięte**

1. Czy bociany zrobiły gniazdo na dachu stodoły pana Kazimierza?
2. Czy co roku przylatują te same bociany?
3. Czy męzczyzna nazwał je: Jasio i Janek?
4. Czy w tym roku wszystkie bociany z dachu domu odleciały jesienią?
5. Czy zima była łagodna?
6. Czy zimą spadło dużo śniegu?
7. Czy pan Kazimierz woli, jak ptaki odlatują?

**Pytania otwarte**

1. Jakie ptaki mają gniazdo na dachu pana Kazimierza?
2. Jak pan Kazimierz je nazywał?
3. Jaka była zima w tym roku?
4. Dlaczego pan Kazimierz woli, kiedy bociany odlatują?

Złote momenty

Czytanie programowane idzie w parze z programowaniem języka i stanowi niejako jego odzwierciedlenie. Dzięki temu pacjent otrzymuje materiały na miarę swoich potrzeb i możliwości do samodzielnego utrwalania w warunkach domowych. W przypadku trudności w wymowie wprowadzanych struktur np. fleksyjnych stosuje się ponownie gesty wizualizacyjne. W celu utrwalenia efektów pacjentom proponowany jest autorski program multimedialny, w którym gesty zostają nagrane na wideo, co umożliwi samodzielne wielokrotne powtarzanie poza gabinetem terapeuty.



Ryc. 15. Skany wykonane techniką poklatkową programu multimedialnego udostępnionego pacjentowi w celu utrwalania fleksji (na przykładzie pary [gruszka : gruszki])

Źródło: archiwum własne.

W przypadku wystąpienia trudności o charakterze percepcyjnym należy dostosować odpowiednio materiał do możliwości pacjenta np. poprzez zwiększenie czcionki, wyrazisty kolor druku (np. czerwony, czarny). Istotne jest także podtrzymywanie świadomości pacjenta oraz jego zaangażowania np. poprzez wspólne rozkładanie materiałów (przedmiotów, obrazków) oraz kierowanie jego uwagi na prezentowane obiekty. Na ryc. 16 przedstawiony został trening czytania u pacjentki z niedowidzeniem połowicznym, której percepcję tekstu ułatwiała kontrastowe okienko.



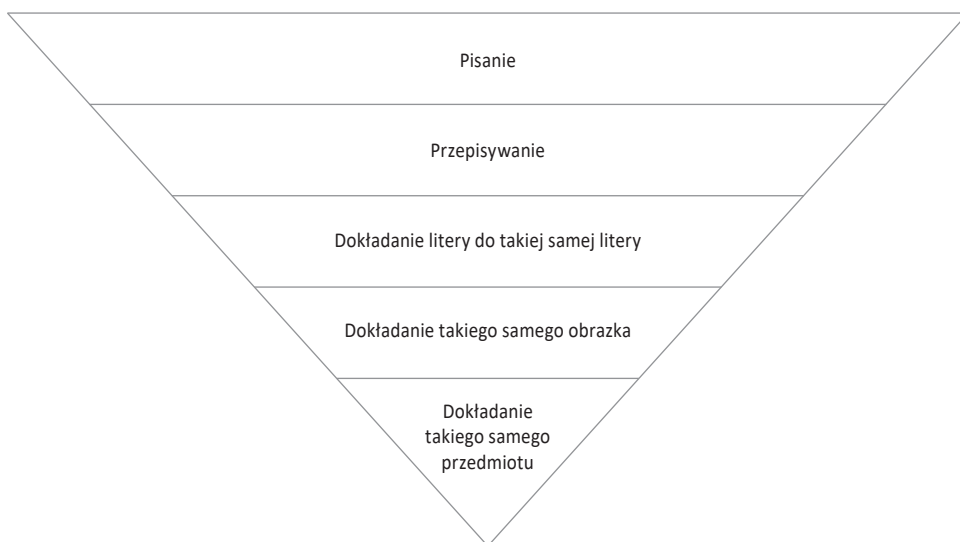
Ryc. 16. Czytanie przez okienko u pacjentki z niedowidzeniem połowicznym

Źródło: archiwum własne.

## Ocena sprawności pisania

Podobnie jak w przypadku czytania oceny wymaga również umiejętność pisania. Wykorzystując gradualne podejście do diagnozy funkcji, należy rozeznać się w poziomie zakłóceń w zakresie zarówno pisania od siebie, jak i przepisywania (kopiowania). Z uwagi na zachowane zdolności zautomatyzowane oraz emocjonalne nastawienie pacjenci w pierwszym etapie proszeni są o napisanie swojego imienia i nazwiska. Jeśli pacjent potrafi się podpisać, prosimy o zapisanie ze słuchu sylab, wyrazów, prostych zdań, a następnie napisanie czegoś od siebie (jak spędził weekend, co lubi jeść, czym się interesuje itp.). Jeśli jednakże zadanie okaże się zbyt trudne i pacjent nie potrafi się podpisać, terapeuta zapisuje dane pacjenta na osobnej kartce (w zależności od stopnia trudności, czasem jest to np. tylko imię), po czym prosi chorego o przepisanie. O ile możliwe jest bezpośrednie kopiowanie (pozwala na to przerzutowość uwagi oraz pamięć), warto zasłonić choremu wzór, który przepisuje i odsłaniać jedynie wedle potrzeby<sup>4</sup>. Taka strategia aktywizuje procesy pamięciowe. Schemat postępowania w przypadku agrafii został zaprezentowany na ryc. 17.

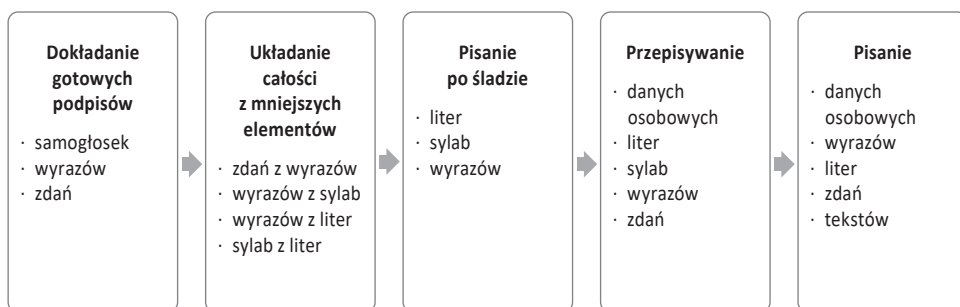
<sup>4</sup> Jeśli nie jest możliwe samodzielne kopiowanie z uwagi na zaburzenia ruchowe (np. w przypadku tetraplegii), należy rozpocząć procedurę identyczną jak w podczas czytania, czyli sprawdzać, czy pacjent dokłada takie same napisy lub wzory do siebie (napis, literę, sylabę).



Ryc. 17. Gradualne badanie umiejętności pisania

Źródło: oprac. własne.

Po ustaleniu stopnia rozpadu umiejętności pisania opracowanie ćwiczeń adekwatnych do możliwości pacjenta może przebiegać wedle trudności zadań przedstawionych na ryc. 18.



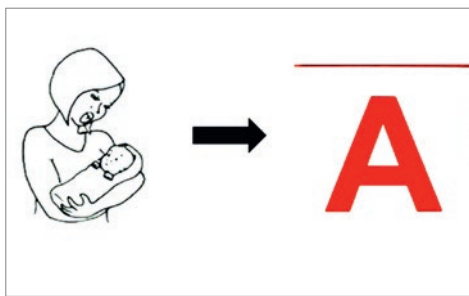
Ryc. 18. Gradacja zadań w pisaniu

Źródło: oprac. własne.

Przedstawiony poniżej szczegółowy opis gradualnych oddziaływań terapeutycznych zawiera nie tylko przykłady ćwiczeń, ale także wytwory pacjentów – w niektórych przypadkach zilustrowane zostały również błędy wymagające skorygowania. Model zawiera zadania przeznaczone zarówno dla chorych z agrafią będącą skutkiem zaburzeń kodowania językowego, jak również dla osób, u których trudności z pisanem wynikają z porażenia ręki dominującej.

## Gradualna terapia sprawności pisania

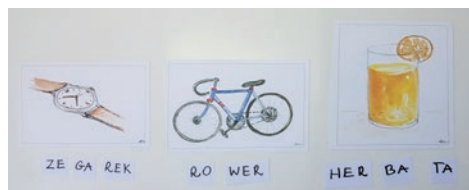
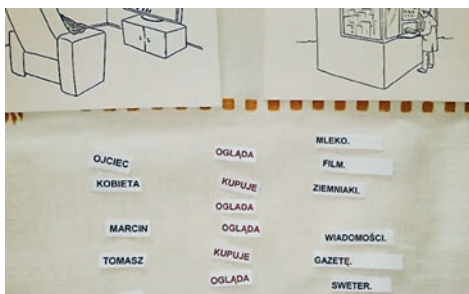
1. **Dokładanie gotowych podpisów**<sup>5</sup>. Pacjent dokłada przygotowany kartonik z podpisem. Zaleca się rozpoczęcie ćwiczeń od 1. samogłosek (np. w sytuacji kontekstowej), następnie 2. wyrazów (np. z wykorzystaniem obiektów lub obrazków), a na końcu 3. zdań (układanie wyrazów w zdania adekwatne do sytuacji). Przykłady zadań zaprezentowane zostały na ryc. 19.



Ryc. 19. Dokładanie gotowych podpisów (samogłoski kontekstowe, wyrazy globalne)

Źródło: archiwum własne (materiały: Cieszyńska-Rożek, Kosiba, 2013).

2. **Układanie całości z mniejszych elementów**. Najlepiej rozpocząć od 1. pojedynczych wyrazów, z których budowane będą zdania (np. o formule Podmiot–Orzeczenie lub Podmiot–Orzeczenie–Dopełnienie), następnie 2. pacjent układa wyrazy, które wcześniej zostały rozcięte na sylaby (najlepiej przygotować w ten sposób wyrazy, które pacjent już dobrze zna i poprosić o ułożenie rozsypanki), w dalszej kolejności 3. układa się podpisy pod obrazkami z pojedynczych liter oraz 4. buduje z liter sylaby.

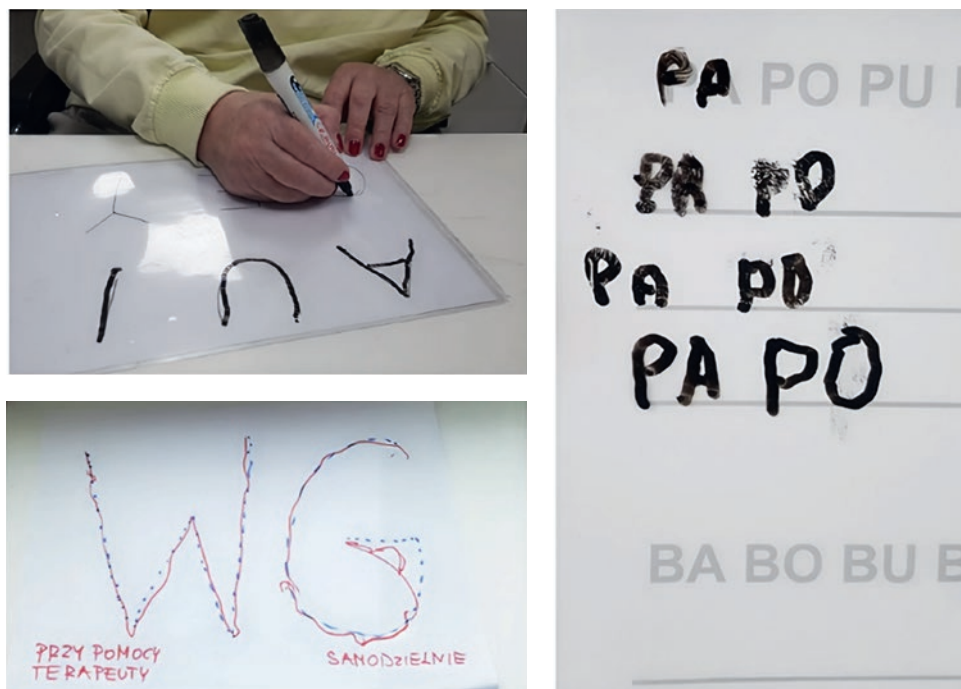


Ryc. 20. Układanie całości z mniejszych elementów (np. zdań z wyrazów, wyrazów z sylab)

Źródło: archiwum własne.

<sup>5</sup> Z uwagi na trudności manualne większości pacjentów warto zadbać o podpisy na grubych kartonikach.

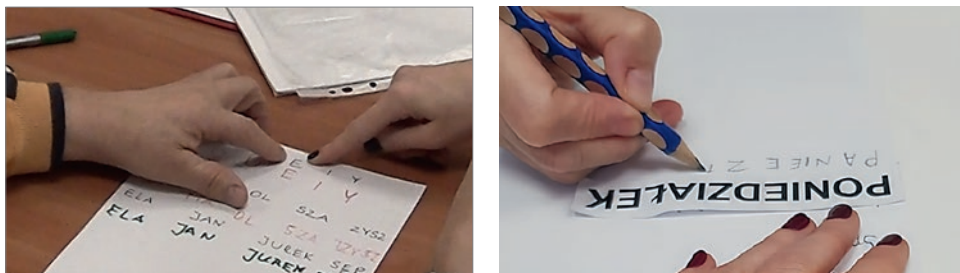
3. **Pisanie po śladzie** – technika pisania po śladzie daje wiele możliwości: można wykropkować kształt liter, wydrukować zapis jasną czcionką (ważne, by była duża oraz bezszeryfowa), użyć wytłaczanek lub włożyć wzór do foliowej koszulki, dzięki czemu pacjent za pomocą markera suchościernego i gąbki może wielokrotnie powtarzać ćwiczenie. W pierwszej kolejności pacjent opanowuje naukę pisania 1. liter (najlepiej zacząć od samogłosek), następnie 2. sylab, a na końcu 3. wyrazów.



Ryc. 21. Pisanie po śladzie – różne poziomy zadań oraz techniki

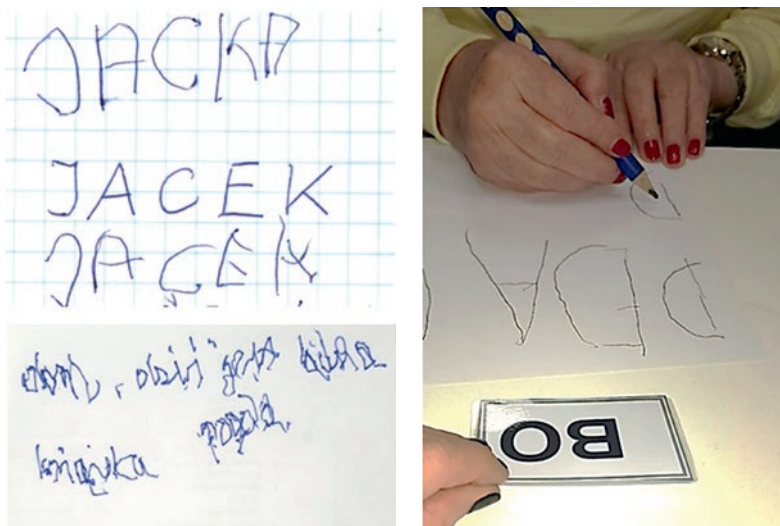
Źródło: archiwum własne.

4. **Przepisywanie** – zadaniem pomostowym pomiędzy pisaniem po śladzie a samodzielnym pisaniem jest przepisywanie. W zależności od możliwości chorego można zakrywać lub odkrywać gotowy wzorzec (niektórym pacjentom wystarczy jedynie przypomnieć zapis całego słowa, inni zaś kopiują po jednej literze). W pierwszej kolejności pacjent przepisuje swoje imię i nazwisko (dane osobowe są istotne nie tylko z uwagi na funkcjonowanie chorego, jest to także zazwyczaj najlepiej zachowany automatyzm), a następnie wprowadzamy zapis liter, sylab, wyrazów i zdań.



Ryc. 22. Przepisywanie (liter, sylab, wyrazów, zdań)

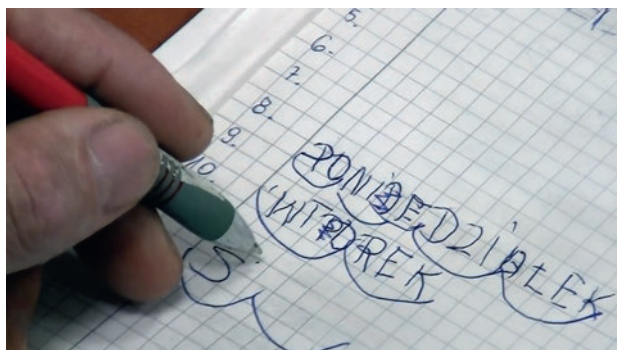
Źródło: archiwum własne.



Ryc. 23. Trudności pacjentów na różnych poziomach – przepisywanie sylab, słów i zdania (np. „Dziś jest ładna pogoda”)

Źródło: archiwum własne.

5. **Samodzielne pisanie.** Zwieńczeniem umiejętności pisania jest samodzielny zapis liter, sylab, wyrazów i zdań, a jeśli możliwości chorego na to pozwalają – nawet dłuższych wypowiedzi. Aby ułatwić organizację tekstu, można wprowadzić metodę falbankowania (zob. Orłowska-Popek, 2018), polegającą na graficznym podkreśleniu sylaby w wyrazach. Technika ta pozwala pacjentom w prawidłowym odczytywaniu sylab (poprzez ułatwienie selekcji) oraz porządkuje wzorzec wyrazu oparty na sylabie (można bowiem zaznaczyć choremu liczbę sylab do uzupełnienia). Ćwiczenia te są nie tylko trenowaniem sprawności pisania, ale także słuchu fonemowego, ze szczególnym uwzględnieniem analizy i syntezy słuchowej.



Ryc. 24. Samodzielne pisanie wyrazów z zastosowaniem techniki falbankowania

Źródło: archiwum własne.

## Podsumowanie

Czytanie i pisanie są umiejętnościami niezwykle istotnymi nie tylko ze względu na funkcjonowanie pacjenta. W procesie terapeutycznym to jedna z podstawowych technik odbudowywania systemu językowego, dzięki której możliwe jest zaangażowanie wielomodalnego przetwarzania, co ułatwia chorym lepsze zapamiętywanie. Nie bez znaczenia jest również fakt, że dzięki pismu możliwe staje się wielokrotne powtarzanie ćwiczonego materiału oraz utrwalanie poprzez pracę w domu. Ma to kluczowe znaczenie u osób w dojrzałym wieku z uwagi na pogarszającą się neuropatyczność mózgu oraz motywację pacjenta.

## Bibliografia

- Cieszyńska J. (2008). *Kocham mówić. Historyjki obrazkowe z tekstami*. Kraków: Wydawnictwo Edukacyjne.
- Cieszyńska J. (2011). *Wczesna diagnoza i terapia zaburzeń autystycznych. Metoda Krakowska*. Kraków: Centrum Metody Krakowskiej.
- Cieszyńska J., Korendo M. (2007). *Wczesna interwencja terapeutyczna. Stymulacja rozwoju dziecka od 3. miesiąca życia do 6. roku życia*. Kraków: Wydawnictwo Edukacyjne.
- Cieszyńska-Rożek J., Kosiba A. (2013). *Symultaniczno-Sekwencyjna Nauka Czytania – Samogłoski*. Kraków: Arson.
- Czarnkowska M., Lipa A., Wójcik-Topór P. (2016). *Czytam i rozumiem*, cz. 1 i 2. Kraków: WIR.
- Czarnkowska M., Lipa A., Wójcik-Topór P. (2018). *Afazja – praca z tekstem*. Kraków: WIR.
- Grzesiak-Witek D. (2013). *Diagnoza i terapia logopedyczna osób z afazją motoryczną. Odbudowanie kompetencji językowej i systemu językowego*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe UPJPII.
- Herzyk A. (2005). *Wprowadzenie do neuropsychologii klinicznej*. Warszawa: Scholar.
- Orłowska-Popek Z. (2017). *Programowanie języka w terapii logopedycznej (na przykładzie rozwoju języka dzieci niesłyszących)*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego.



- Panasiuk J. (2015). Postępowanie logopedyczne w przypadkach afazji. W: S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak (red.), *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego* (s. 2869–2917). Lublin: UMCS.
- Pawłowska-Jaroń H., Siudak A. (2021). Komunikacja seniorów a zaburzenia percepcji wzrokowej w badaniach mieszkańców DPS. W: M. Korendo, A. Siudak (red.), *Od zmysłu wzroku do praktyki logopedycznej* (s. 111–128). Kraków: Collegium Columbinum.
- Pąchalska M. (2011). *Afazjologia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Rutkiewicz-Hanczewska M. (2016). *Neurobiologia nazywania. O anomii własnej i apelatywnej*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Siudak A. (2019). Programowanie języka w afazji osób dorosłych cz. 1: system fonetyczno-fonologiczny (techniki wywoływania samogłosek). W: H. Pawłowska-Jaroń, E. Bielenda-Mazur, A. Siudak (red.) *Wyzwania terapii logopedycznej* (s. 265–278). Kraków: Collegium Columbinum.
- Siudak A. (2022). Gradualny sposób badania mowy pacjentów dorosłych z afazją. *Poznańskie Studia Polonistyczne. Seria Językoznawcza*, 29(1), 211–220, <https://doi.org/10.14746/pspsj.2022.29.1.13>.
- Tońska-Szyfelbein A. (2018). *Posłuchaj, pokaż, odpowiedz*. Gdańsk: Harmonia.
- Walsh K., Darby D. (2008). *Neuropsychologia kliniczna Walsha*. Gdańsk: GWP.
- Wianecka E. (2016). *Pytam i odpowiadam*. Kraków: Arson.
- Wójcik-Topór P. (2021). *Zaburzenia pisani u osób dorosłych z chorobami neurologicznymi w diagnozowaniu i postępowaniu terapeutycznym*. W: M. Korendo, A. Siudak (red.), *Od zmysłu wzroku do praktyki logopedycznej* (s. 95–110). Kraków: Collegium Columbinum.

