

<https://doi.org/10.17651/SOCJOLING.38.2>

Otrzymano: 2.03.2024 / Zrecenzowano: 4.07.2024

Zaakceptowano: 26.08.2024 / Opublikowano: 31.12.2024

Socjolingwistyka XXXVIII, 2024

PL ISSN 0208-6808

E-ISSN 2545-0468

### PAULINA WÓJCIK-TOPÓR

Uniwersytet Jagielloński w Krakowie, Polska

<https://orcid.org/0000-0002-7245-4381>

### URSZULA MALINA

Uniwersytet Jagielloński w Krakowie, Polska

<https://orcid.org/0000-0002-3147-5901>

### JĘDRZEJ MICHALIK

Uniwersytet Gdański, Polska

<https://orcid.org/0000-0001-5938-8079>

Copyright and License: Copyright by Instytut Języka Polskiego PAN, Kraków 2024. This article is published under the terms of the Creative Commons Attribution – NoDerivatives 4.0 International (CC BY- ND 4.0) License (<https://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/legalcode.pl>).

## KOHERENCJA LOKALNA I GLOBALNA W MOWIE SPONTANICZNEJ PACJENTÓW Z AFAZJĄ MIESZANĄ

**Słowa kluczowe:** afazja mieszana, dyskurs, koherencja, SALT, wypowiedzenie.

### STRESZCZENIE

Afazja to zaburzenie, które poważnie utrudnia funkcjonowanie językowe i komunikacyjne. Dezintegruje system językowy, wpływając na spójność dyskursu, a tym samym może powodować zakłócenia zarówno w nadawaniu, jak i odbiorze wypowiedzi. Badania nad dyskursem u osób z afazją stają się istotne w kontekście *Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF)*. Artykuł porusza temat koherencji analizowanych ilościowo w wypowiedziach spontanicznych u osób z afazją mieszaną zarówno z komponentem motorycznym, jak i sensorycznym oraz w grupie kontrolnej. Został przedstawiony wycinek badań prowadzonych w ramach projektu OPUS 21 nad dyskursem u osób z afazją. Celem projektu było sprawdzenie poziomu spójności lokalnej i globalnej w wypowiedzeniach oraz zestawienie ich w poszczególnych grupach badanych. Starano się znaleźć zależność wpływającą na poziom spójności. Próbowano określić, czy jest korelacja między spójnością lokalną i globalną. Do badań przedstawionych w artykule wybrano po dziesięć osób z każdej grupy, które zostały odpowiednio zestawione z uwzględnieniem wieku, wykształcenia, czasu zachorowania. Sprawdzone spójność lokalną i globalną w wypowiedziach spontanicznych dotyczących okoliczności zachorowania oraz opowiadaniu o sobie lub o ważnym wydarzeniu z życia. Po dokonaniu adaptacji anglojęzycznej skali kohezji i koherencji autorstwa Van Leer i Turkstry (1999) wykonano kodowanie, aby móc otrzymać wyniki ilościowego zestawienia dzięki programowi SALT. Analiza wykazała, że najmniejszy stopień spójności zarówno lokalnej, jak i globalnej osiąga ją pacjenci z diagnozą afazji mieszanej z komponentem sensorycznym. Grupa kontrolna osiąga najlepszą spójność wypowiedzi, choć również można zaobserwować w niej rozbieżności.

## 1. WPROWADZENIE

Nowożytnie językoznawstwo wskazuje, że język jest zjawiskiem osadzonym społecznie (de Saussure 2002, 12; Milewski 2004, 5–6). Stanowi on narzędzie pozwalające przekazywać treść innym użytkownikom, ustosunkowywać się osobie mówiącej do rzeczywistości, wyrażać własny stosunek do zjawisk i faktów czy wpływać na zachowanie innych<sup>1</sup> (Łuczyński 2015, 18–19).

Wystąpienie afazji<sup>2</sup> u większości pacjentów stanowi poważną barierę komunikacyjną. Wyklucza ich z funkcjonowania społecznego przez ograniczenia pragmatyczne w użyciu języka. Dezorganizuje proces porozumiewania się z otoczeniem, co w głównej mierze dotyczy ekspresji i rozumienia komunikatów językowych<sup>3</sup>, i w związku z tym uniemożliwia skuteczną interakcję między chorym a innymi ludźmi.

W ujęciu medycznym afazję rozpatruje się jako objaw uszkodzenia neurologicznego, ściśle związany z jego lokalizacją, a szczegółowiej – lokalizacją w określonym terytorium naczyniowym. Na gruncie neurolingwistyki afazja jest z kolei traktowana jako swoiste zaburzenie językowe determinowane specyficznymi patologiami biologicznymi (Krajewska 2022, 20–29). W logopedii – nauce o biologicznych uwarunkowaniach języka i zachowaniach językowych – afazja traktowana jest jako odrębna jednostka zaburzeń językowych (stanowi przedmiot diagnozy neurologopedycznej), a jej wystąpienie pozostaje rezultatem „uszkodzeń korowych ośrodków mowy zlokalizowanych w lewej półkuli mózgu” (Grabias 2010–2011, 17–20; 2015, 33)<sup>4</sup>.

Do uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego wywołującego afazję dochodzi najczęściej wskutek udaru mózgu (Panasiuk 2012, 59). Wraz ze wzrostem liczby jego przypadków wzrasta również liczba pacjentów z afazją. Szacuje się, że w ostrej fazie udaru afazja występuje u 21–38% pacjentów (Milewska, Ryglewicz 2004, 66). Z tego też powodu trudności językowe pacjentów po uszkodzeniach ośrodkowego układu nerwowego są zjawiskiem klinicznie powszechnym.

---

<sup>1</sup> W praskiej szkole lingwistycznej za Karlem Bühlerem wyróżniano trzy funkcje języka: przedstawieniową polegającą na odsyłaniu świadomości użytkowników języka do zjawisk świata pozajęzykowego; ekspresywną, która pozwala wyrażać za pomocą wypowiedzi pewne cechy nadawcy; i impresywną pozwalającą oddziaływać przy pomocy języka na zachowanie odbiorcy. Dalsze trzy funkcje języka: poetycka, fatyczna i metalingwistyczna wyróżnione zostały przez R. Jakobsona (Polański 1993, 168).

<sup>2</sup> Afazja w logopedii jest za definicją M. Maruszewskiego określana jako „Spowodowane organicznym uszkodzeniem odpowiednich struktur mózgowych częściowe lub całkowite zaburzenia mechanizmów programujących czynności mowy u człowieka, który już uprzednio opanował te czynności (1966, 98).

<sup>3</sup> M. Pąchalska w swoich opracowaniach na temat afazji wskazuje na zaburzenia w obrębie „kodowania” (budowania komunikatów językowych) i/lub „dekodowania” (rozumienia znaczenia komunikatów językowych) symboli językowych (Pąchalska 2012, 27–28).

<sup>4</sup> Półkulą dominującą, tj. półkulą, w której zlokalizowane są korowe ośrodki mowy (pole Broki i pole Wernickego), najczęściej jest półkula lewa: 96% osób praworęcznych i 70% osób leworęcznych przetwarza język lewopółkulowo (Krajewska 2022, 37). Istnieje zatem wcale nie tak niewielki odsetek pacjentów, u których uszkodzenie półkuli przodkowej do dominującej ręki będzie skutkowało afazją (tzw. afazją skrzyżowaną) (Krajewska 2022, 66).

W myśl słów Romana Jakobsona (1989, 151): „zastosowanie kryteriów czysto lingwistycznych do interpretacji i klasyfikacji faktów afazji może w sposób istotny przyczynić się do postępów nauki o języku i nauki o zakłóceniach mowy [...]” tematyka niniejszego artykułu, związana nierozzerwalnie z zagadnieniami neurologopedycznymi (ale też medycznymi i neuropsychologicznymi), oscyluje wokół *stricte* lingwistycznego pojęcia dyskursu oraz koherencji jako jednego z wyznaczników jego spójności.

## 2. METODOLOGIA I PRZEDMIOT BADAŃ

Niedawny systematyczny przegląd badań empirycznych języka polskiego w afazji (Dębski, Wójcik-Topór, Knapiek 2021) pokazuje, że w dyskursie osób polskojęzycznych diagnozuje się afazję, która „wymaga większej uwagi badaczy [...], aby odzwierciedlić duże zainteresowanie dyskursem osób z afazją w literaturze światowej”. Na gruncie polskim badacze zaczynają dostrzegać problemy z mową spontaniczną i spójnością w wypowiedziach podczas terapii u osób z afazją (Panasiuk 2007). Niniejszy artykuł jest przedstawieniem części wielopoziomowych badań i zagadnienia koherencji w wypowiedziach spontanicznych afazji mieszanej. Grupę badaną stanowili pacjenci z afazją mieszaną z komponentem motorycznym, czyli osoby, u których doszło do zaburzeń w nadawaniu mowy na skutek uszkodzeń w płacie czołowym dominującej półkuli mózgu, a także pacjenci z afazją mieszaną z komponentem, a więc osoby z uszkodzeniami płata skroniowego dominującej półkuli mózgowej, które spowodowały u nich głównie zaburzenia w rozumieniu mowy. Wywiady prowadzone były również z grupą kontrolną – zdrowymi neurologicznie pacjentami oddziałów rehabilitacji. Celem badania było sprawdzenie, jaki jest próg spójności lokalnej i globalnej w dyskursie spontanicznym oraz czy można określić zależność na poziomie mikro- i makrostruktury w tworzonych wypowiedzeniach.

Guila Glosser i Toni Deser (1990, 69–70) zdefiniowali koherencję jako właściwe utrzymanie pewnego aspektu tematu w ramach dyskursu. Globalna koherencja jest rozumiana jako związek znaczenia lub treści każdego wypowiedzenia z ustalonym tematem rozmowy. Według przyjętej i zaadaptowanej skali Evy Van Leer i Lyn Turkstry (1999, 344–346) przyjęto pięciostopniowy sposób oceniania koherencji globalnej, gdzie cyfra kolejno oznacza poszczególne stopień, co zaprezentowano w tabeli nr 1.

Tabela 1

*Ocenianie koherencji globalnej*

Kod	Opis	Przykład
G1	Wypowiedź jest niezwiązana z ogólnym tematem lub stanowi komentarz do dyskursu.	Pytanie: Czy pamięta pan moment, w którym doszło do udaru? <b>Wypowiedzenie kodowane:</b> <b>(No i to już) później, (później) to już poszło.</b>

Tabela 1 cd.

Kod	Opis	Przykład
G2	Wypowiedź zawiera wiele zdań, z których jedno może odnosić się do tematu ogólnego, a drugie nie.	Pytanie: Czy pamięta pan moment, w którym doszło do udaru? Wypowiedzenie kodowane: Bo to stwierdził lekarz, (że,) że trzeba czekać.
G3	Wypowiedź dostarcza informacji potencjalnie związanych z ogólnym tematem lub jest stwierdzeniem oceniającym bez dostarczania istotnych informacji, lub temat musi być wynioskowany z wypowiedzi.	Pytanie: Co Pani robi, aby powrócić do zdrowia po udarze? <b>Wypowiedzenie kodowane:</b> <b>I z tej rehabilitacji nic nie wynika.</b>
G4	Wypowiedź zawiera wiele zdań, z których jedno odnosi się bezpośrednio do tematu, a drugie pośrednio.	Pytanie: Czy pamięta pan ten moment? <b>Wypowiedzenie kodowane:</b> <b>Na drugim dniu, to ja (nie nie nie nie wi* nie zn) nie wiem, jak to się stało.</b>
G5	Wypowiedź zawiera istotne informacje związane z ogólnym tematem.	Pytanie: Jak się panu obecnie rozmawia z innymi ludźmi? <b>Wypowiedzenie kodowane:</b> <b>Dlatego że jednak mam problemy z tym, żeby zrozumieć wszystkiego co mi ktoś do mnie mówi dokładnie.</b>

Źródło: opracowanie własne

Koherencja lokalna z kolei to związek znaczenia lub treści wypowiedzi z treścią poprzedniej wypowiedzi. Związek ten można osiągnąć poprzez kontynuację, rozwinięcie, powtórzenie, podporządkowanie lub koordynację pomysłów z poprzedniej wypowiedzi. Wytyczne kodowania koherencji lokalnej przedstawiono w tabeli nr 2.

Tabela 2

Ocenianie koherencji lokalnej

L1	Wypowiedź nie ma związku z treścią wypowiedzi bezpośrednio ją poprzedzającej. Może to być radykalna zmiana tematu, komentarz do dyskursu lub niezrozumiała wypowiedź.	Wypowiedzenie poprzedzające; kontekst: Byłem, leżałem w> <b>Wypowiedzenie kodowane:</b> <b>Nie, nie wiem jak to się mówi.</b>
L2	Wypowiedź zawiera wiele zdań, z których jedno może odnosić się do treści poprzedniej wypowiedzi, ale inne nie.	Wypowiedzenie poprzedzające; kontekst: Tak mi pierwsze (miejsss mm wymyś*) takie moje myślenie (moje) to jest. <b>Wypowiedzenie kodowane:</b> <b>Na przykład mogę powiedzieć, że (eeee z mm) z moją żoną (moją żoną doszli*) (doszli* liś no).</b>

Tabela 2 cd.

L3	Temat wypowiedzi ogólnie odnosi się do tematu poprzedniej wypowiedzi, ale z przesunięciem punktu ciężkości z tematu lub czynności poprzedniej wypowiedzi; lub wypowiedź jest niejasna lub niejednoznaczna, tak że związek z poprzednią wypowiedzią musi zostać wywnioskowany.	Wypowiedzenie poprzedzające; kontekst: I (jak,) w jakiś sposób się to rozwinie. <b>Wypowiedzenie kodowane: Podali leki.</b>
L4	Wypowiedź zawiera wiele klauzul (zdanie składowe), z których jedna zdecydowanie odnosi się do treści w poprzedniej wypowiedzi, ale inna może nie.	Wypowiedzenie poprzedzające; kontekst: Bardzo (yyy bardzo k k yyy) kochałem (yy y yyy) podróżę <b>Wypowiedzenie kodowane: I jak zacząłem pływać, to było moje marzenie.</b>
L5	Temat poprzedniej wypowiedzi jest kontynuowany poprzez rozwinięcie; sekwencjonowanie czasowe; wliczanie powiązanych przykładów; lub utrzymywanie tego samego aktora, podmiotu, działania lub argumentu w centrum uwagi.	Wypowiedzenie poprzedzające; kontekst: Pogotowie przyjechało gdzieś (yyy y no) czternasta, piętnasta <b>Wypowiedzenie kodowane: I mnie wzięli na oddział, co w szpitalu Rydygiera.</b>

Źródło: opracowanie własne

W badaniu w ramach projektu OPUS 21<sup>5</sup> wzięty udział 54 osoby. Na potrzeby analizy wybrano jednak 30 osób, po 10 z każdej grupy. Badani zostali dobrani pod względem wieku, wykształcenia oraz czasu zachorowania. Przyczyną afazji u pacjentów był udar. Wszystkie rozmowy z ich udziałem zostały przeprowadzone w 2022 roku, w krakowskich placówkach, Szpitalu Specjalistycznym im. L. Rydygiera oraz w Polskim Centrum Rehabilitacji Funkcjonalnej Votum. Osoby z rozpoznaniem afazji mieszanej i wskazaniem przewagi komponentu były poddane diagnozie za pomocą prób eksperymentalno-klinicznych oraz na drodze konsultacji ze specjalistami, w celu weryfikacji diagnoz postawionych w oddziałach neurologicznych. Osoby z grupy kontrolnej nie miały chorób układu neurologicznego, a ich obecne zachorowanie nie wpływało na funkcjonowanie poznawcze i językowe. Potencjalne badania otrzymały zgodę na ich przeprowadzenie od Komisji ds. Etyki Instytutu Glottodydaktyki Polonistycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego. Respondenci wyrazili pisemną zgodę na udział w badaniu po uprzednim zapoznaniu ich z opisem i procedurą. Do badania dyskursu wykorzystano protokoły gromadzenia danych z AphasiaBank, by móc porównać wyniki badania z innymi znajdującymi się w międzynarodowych bazach. Na potrzeby artykułu zdecydowano się przedstawić wyniki analizy tylko mowy spontanicznej. Osoby opowiadały o okolicznościach zachorowania – pacjenci z afazją o tym, co pamiętają z chwili, gdy doszło do udaru, osoby z grupy kontrolnej mówiły, z jakiego powodu uczestniczą w rehabilitacji.

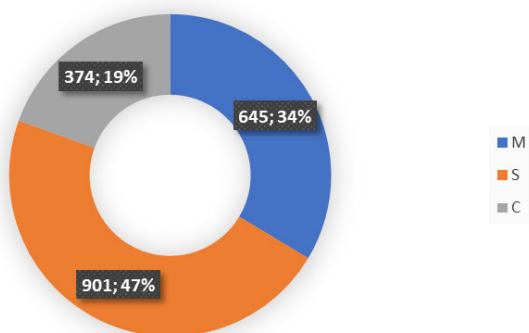
<sup>5</sup> Projekt OPUS21 z NCN „Wielopoziomowe badania dyskursu użytkowników języka polskiego z diagnozą afazji mieszanej”, nr 2021/41/B/HS2/00898.

Wszyscy badani opowiadali o przebiegu rehabilitacji/terapii oraz o ważnym wydarzeniu smutnym lub wesołym ze swojego życia. Wywiady były nagrywane na wysokiej jakości urządzeniu, a kolejno zanonimizowane. Następnie przeprowadzono transkrypcję ortograficzną wypowiedzeń, zaznaczając odpowiednio pauzy, powtórzenia, falstarty, wypełnienia semantyczne. Wypowiedzenia zostały zakodowane według opisanych skal koherencji lokalnej i globalnej. Kodowania przeprowadzało trzech badaczy, którzy najpierw wykonywali je niezależnie, a następnie na drodze dyskusji szukali porozumienia wśród oceniających. Po otrzymaniu zgody powyżej 90% wypowiedzenia były kodowane.

### 3. ANALIZA MATERIAŁU

Analizy danych przeprowadzone zostały z zachowaniem podziału na trzy grupy: grupę kontrolną, tj. osoby bez zaburzeń o podłożu neurologicznym, grupę pacjentów z afazją mieszaną z komponentem motorycznym oraz grupę pacjentów z afazją mieszaną z komponentem sensorycznym. Wyniki prezentowane w niniejszym artykule uzyskane zostały przy pomocy oprogramowania SALT (Systematic Analysis of Language Transcripts)<sup>6</sup>, za pomocą którego wygenerowane zostały raporty z danymi liczbowymi dotyczącymi koherencji lokalnej i globalnej. Stanowią one wyimek szerokich badań nad dyskursem i odnoszą się do prób dotyczących mowy spontanicznej.

Na wykresie nr 1 zaprezentowano liczbowe i procentowe dane dotyczące ogólnej liczby utworzonych wypowiedzeń w trzech grupach badanych.

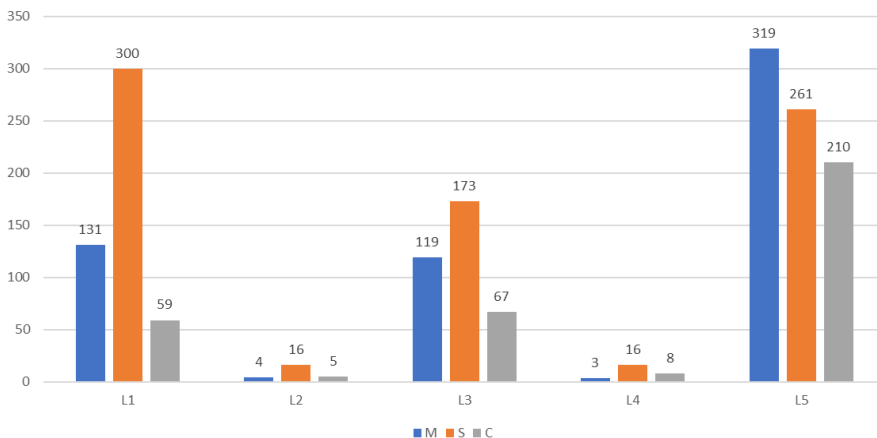


Wykres 1. Wypowiedzenia utworzone w poszczególnych grupach badanych

M – grupa pacjentów z afazją z komponentem motorycznym; S – grupa pacjentów z afazją z komponentem sensorycznym; C – grupa kontrolna. Źródło: opracowanie własne

<sup>6</sup> Program SALT oparty jest na języku programowania Python i pozwala szybko przeanalizować wprowadzone do niego pliki tekstowe pod kątem zakodowanych treści. Po zarejestrowaniu przy pomocy dyktafonu próbki mowy należy dokonać jej transkrypcji ortograficznej. Wówczas możliwe jest nadanie kodów konkretnym zjawiskom językowym. Po wprowadzeniu do oprogramowania pliku z transkrypcją uzupełnioną o kody możliwe jest wygenerowanie raportu z analizą liczbową. Takie raporty uzyskane dzięki oprogramowaniu SALT stały się podstawą przytaczanych w artykule analiz liczbowych i procentowych.

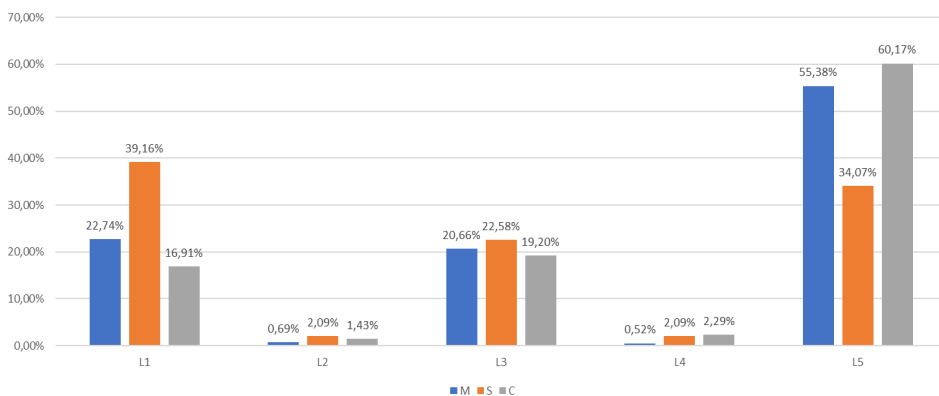
Jako pierwsze zestawione zostały ze sobą dane dotyczące liczby zakodowanych w poszczególny sposób wypowiedzi badanych. W ramach grupy pacjentów z afazją mieszaną z komponentem motorycznym uzyskano łącznie 576 zakodowanych wypowiedzeń, w grupie pacjentów z afazją mieszaną z komponentem sensorycznym – 766 wypowiedzeń, a w grupie kontrolnej – 349 wypowiedzeń. Na podstawie ustalonej metodologii każde z wypowiedzeń opatrzone kodem (literą L i G oraz cyfrą od 1 do 5). Udział wypowiedzeń opisanych przy pomocy poszczególnych kodów odnoszących się do poziomu koherencji lokalnej zaprezentowano na wykresie 2 i wykresie 3.



Wykres 2. Koherencja lokalna L1-L5 w trzech grupach badanych

M – grupa pacjentów z afazją z komponentem motorycznym; S – grupa pacjentów z afazją z komponentem sensorycznym; C – grupa kontrolna.

Źródło: materiały własne



Wykres 3. Koherencja lokalna L1-L5 w trzech grupach badanych – zestawienie procentowe

M – grupa pacjentów z afazją z komponentem motorycznym; S – grupa pacjentów z afazją z komponentem sensorycznym; C – grupa kontrolna.

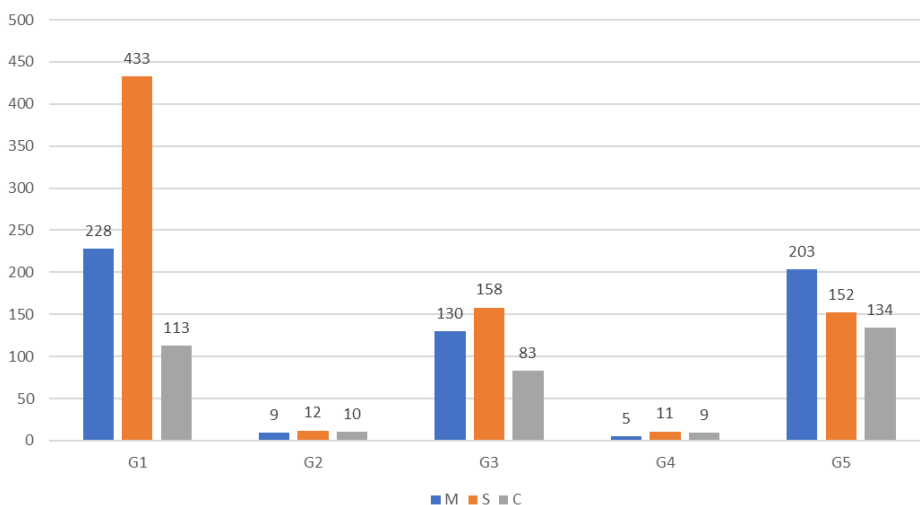
Źródło: materiały własne

W grupie pacjentów z afazją mieszaną z komponentem motorycznym odnotowano 22,74%, tj. 131 wypowiedzeń o najniższym poziomie koherencji lokalnej, 20,66% (119 wypowiedzeń) na poziomie L3 (średni poziom koherencji lokalnej) oraz 55,38% (319 wypowiedzeń) o najwyższym poziomie spójności. Wypowiedzenia opisane jako L2 (niski poziom koherencji w zdaniach złożonych) odnotowano czterokrotnie (0,69%), a opisane jako L4 (średniowysoki poziom koherencji w zdaniach złożonych) – trzykrotnie (0,52%).

W grupie pacjentów z afazją mieszaną z komponentem sensorycznym wystąpiło 300 wypowiedzeń o najniższym poziomie koherencji lokalnej stanowiących 39,16% wszystkich zakodowanych zdań. Odnotowano również 173 wypowiedzenia, tj. 22,58% ogółu zdań, o średnim poziomie koherencji lokalnej (L3). 34,07% (261) wypowiedzeń oznaczono jako te o najwyższym poziomie koherencji lokalnej (L5). Wypowiedzenia oznaczone kodami L2 i L4 wystąpiły częściej niż w grupie pacjentów z afazją mieszaną z komponentem motorycznym – po 16 razy, co stanowiło 2,09% wszystkich wypowiedzeń.

Najwyższe wyniki pod względem koherencji lokalnej osiągnęła grupa kontrolna: 16,91%, tj. 59 wypowiedzeń zakodowano jako wypowiedzenia o najniższym poziomie koherencji lokalnej, 19,20% (67 wypowiedzeń) – jako wypowiedzenia o średnim poziomie koherencji lokalnej, a 60,17% (210 wypowiedzeń) – jako wypowiedzenia o najwyższym poziomie koherencji lokalnej. Odnotowano również 5 (1,43%) wypowiedzeń, które opatrzono kodem L2 oraz 8 (2,29%) wypowiedzeń zakodowanych jako L4.

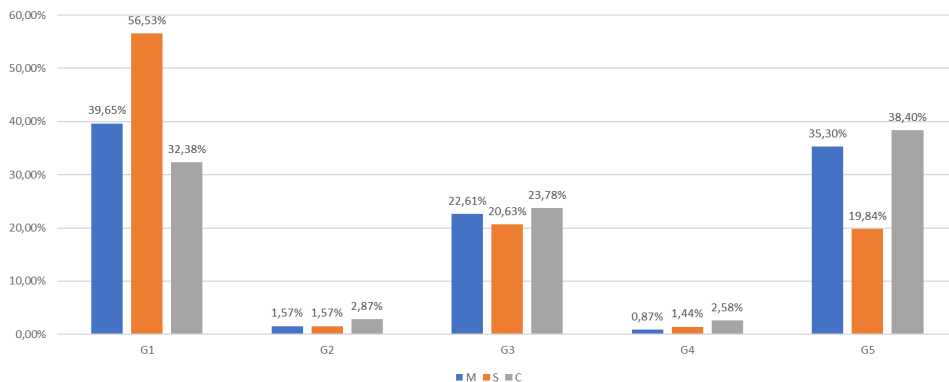
Następnie dokonano analizy globalnej spójności wypowiedzeń utworzonych przez pacjentów z trzech badanych grup. Dane zaprezentowano na wykresie 4 i wykresie 5.



Wykres 4. Koherencja globalna G1-G5 w trzech grupach badanych  
M – grupa pacjentów z afazją z komponentem motorycznym; S – grupa pacjentów z afazją z komponentem sensorycznym; C – grupa kontrolna.

Źródło: materiały własne.





Wykres 5. Koherencja globalna G1-G5 w trzech grupach badanych – zestawienie procentowe  
 M – grupa pacjentów z afazją z komponentem motorycznym; S – grupa pacjentów z afazją z komponentem sensorycznym; C – grupa kontrolna.

Źródło: materiały własne.

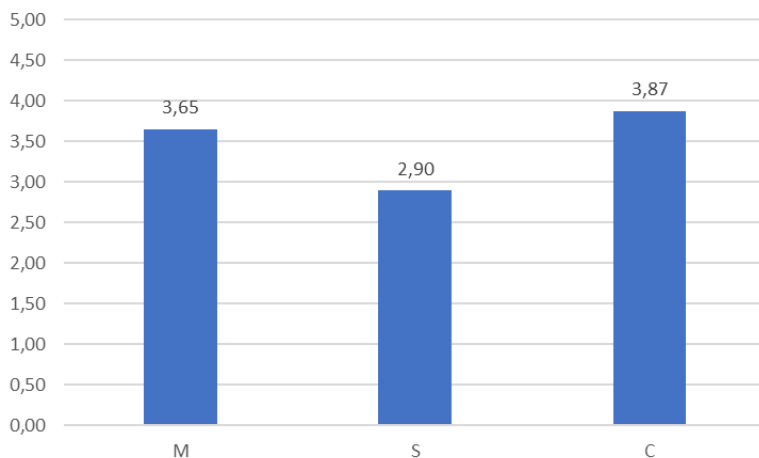
W grupie badanych z afazją mieszaną z komponentem motorycznym na poziomie koherencji globalnej odnotowano 39,65% (228) wypowiedzeń oznaczonych jako najmniej spójne względem ogólnego tematu wypowiedzi (G1), 22,61% (130) wypowiedzeń o średnim poziomie koherencji globalnej (G3) oraz 35,30% (203) zdań zakwalifikowanych jako te o najwyższym poziomie koherencji globalnej (G5). Ponadto 9 (1,57%) wypowiedzeń oznaczono kodem G2, a 5 (0,87%) – kodem G4.

Najniższe wyniki w analizie koherencji globalnej osiągnęła grupa badanych z afazją z komponentem sensorycznym: 56,53% wypowiedzeń (433) zakwalifikowano jako wypowiedzenia o najniższym poziomie spójności względem tematu wypowiedzi (G1), 20,63% wypowiedzeń (158) opisano kodem (G3) oznaczającym średni poziom koherencji globalnej, a 19,84% wypowiedzeń (152) uznano za wypowiedzenia o najwyższym poziomie koherencji. Przy pomocy kodu G2 opisano 12 wypowiedzeń (1,57%), a kodu G4 – 11 (1,44%) wypowiedzeń.

Podobnie jak w przypadku koherencji na poziomie lokalnym, najwyższe wyniki w koherencji globalnej odnotowano w grupie kontrolnej. Wypowiedzenia o najniższym poziomie koherencji globalnej (G1) stanowiły 32,38% wszystkich wypowiedzeń (113). Kodem G3 opisano w tej grupie badawczej 23,78% wypowiedzeń (83). Najwyższy poziom koherencji globalnej odnotowano w 38,40% wypowiedzeń, tj. w 134 wypowiedzeniach. W tej grupie częściej niż w przypadku dwóch grup badanych z diagnozą afazji mieszanej odnotowywano wypowiedzenia kwalifikujące się do zastosowania kodów G2 i G4. Wartości wyniosły kolejno 2,87% (10 wypowiedzeń) w przypadku kodu G2 i 2,58% (9) w przypadku kodu G4.

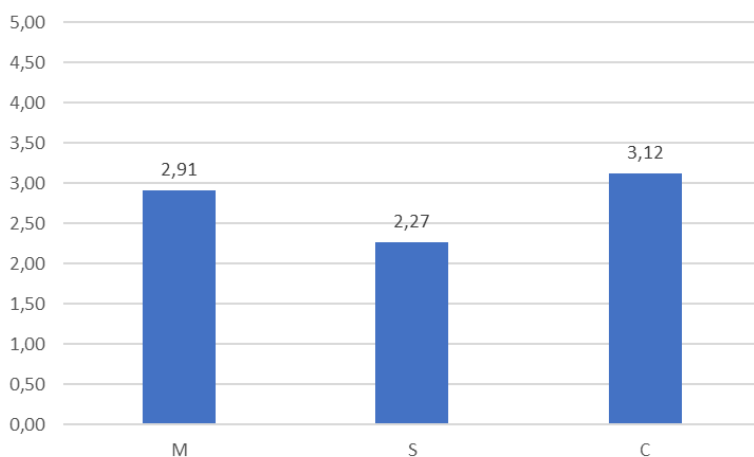
By prezentowane dane uczynić możliwie najbardziej czytelnymi, wyniki punktowe uzyskane w ramach wszystkich trzech grup badanych skumulowano i obliczono średni poziom koherencji lokalnej i globalnej w mowie spontanicznej. W prezentowanym

zbiorczym zestawieniu, podobnie jak w opisach poziomu koherencji lokalnej i globalnej przedstawionych w metodologii, 1 jest wynikiem minimalnym, a 5 – wynikiem maksymalnym. Rezultaty zaprezentowano na wykresie 6 i wykresie 7.



Wykres 6. Średni poziom koherencji lokalnej w trzech grupach badanych  
M – grupa pacjentów z afazją z komponentem motorycznym; S – grupa pacjentów z afazją z komponentem sensorycznym; C – grupa kontrolna.

Źródło: materiały własne



Wykres 7. Średni poziom koherencji globalnej w trzech grupach badanych  
M – grupa pacjentów z afazją z komponentem motorycznym; S – grupa pacjentów z afazją z komponentem sensorycznym; C – grupa kontrolna.

Źródło: materiały własne

Najwyższy wynik zarówno w koherencji lokalnej, jak i globalnej osiągnęli badani w grupie kontrolnej – średni poziom koherencji lokalnej wyniósł w tej grupie 3,87, zaś koherencji globalnej – 3,12 w skali 1–5. Nieznacznie niższe rezultaty osiągnęli badani z grupy pacjentów z afazją mieszaną z komponentem motorycznym: średni poziom koherencji lokalnej wyniósł w tej grupie 3,65, a średni poziom koherencji globalnej – 2,91 w skali 1–5. Najniższe wyniki odnotowano wśród pacjentów z afazją mieszaną z komponentem sensorycznym: średni poziom koherencji lokalnej wyniósł w tej grupie 2,90, zaś koherencji globalnej – 2,27 w skali 1–5.

#### 4. DYSKUSJA

Badani w grupie chorych z afazją mieszaną z komponentem motorycznym uzyskali znacznie lepsze wyniki w zakresie zarówno koherencji lokalnej, jak i globalnej niż pacjenci z afazją mieszaną z komponentem sensorycznym i zbliżone do wyników badanych z grupy kontrolnej. W związku z tym zasadne wydaje się zaproponowanie hipotezy, według której trudności w planowaniu i realizowaniu wypowiedzi opisywane w literaturze przedmiotu (zob. np. Łuria 1967; Panasiuk 2012), charakterystyczne dla pacjentów z afazją motoryczną (w tym z afazją mieszaną z komponentem motorycznym), nie wpływają aż w takim stopniu na koherencję lokalną i globalną jak trudności pacjentów z afazją sensoryczną (w tym z afazją mieszaną z komponentem sensorycznym) w wyborze odpowiednich jednostek spośród systemu językowego<sup>7</sup>. Użycie mniejszej liczby jednostek leksykalnych w wypowiedzeniach osób z afazją mieszaną z komponentem motorycznym prowadzi do uproszczenia samego dyskursu, ale tym samym można stwierdzić, że powoduje przekaz łatwiejszy do zrozumienia dla rozmówcy. W przypadku dyskursu zaburzonego u osób z afazją mieszaną z komponentem sensorycznym obserwuje się więcej i dłuższe wypowiedzi, ale za to mniej spójne, co wymaga od odbiorcy szerszej analizy w odniesieniu do samego tematu rozmowy.

Dodatkowo zaobserwowano, że zdolności mikrolingwistyczne (słownictwo i gramatyka) nie przekładają się na wyższy poziom w jednostkach makrolingwistycznych (przekazywanie znaczeń). Zdolność przekazywania myśli i znaczeń na poziomie ponadzmysłowym pozostaje znacznie trudniejsza niż realizacja struktur na poziomie wyrazu i zdania. Spójność lokalna i globalna nie jest jednoznacznie wyrażona w konstrukcjach wypowiedzeń, a interpretacja dla odbiorcy jest możliwa dzięki zastosowaniu strategii w każdej umysłowej reprezentacji (Kintsch, van Dijk 1978; za: Francuz 2002, 49). Zrozumienie tekstu przez odbiorcę odbywa się poprzez stworzenie makrolingwistycznej interpretacji usłyszanych zaburzonych wypowiedzi. Walter Kintsch i Teun A. van Dijk

---

<sup>7</sup> Zgodnie z założeniami wyrosłej na gruncie językoznawstwa strukturalistycznego klasyfikacji afazji według Jakobsona zaburzenia afatyczne dotyczą relacji syntagmatycznych i paradygmatycznych zachodzących między znakami językowymi. W afazji kombinacji (przyległości) dochodzi do zaburzeń łączenia mniejszych jednostek w większe. Drugi typ zaburzeń afatycznych – afazja selekcji (podobieństwa) – odnosi się do występujących trudności w wyborze jednostek z kodu językowego (Jakobson 1989, 156–168; Krajewska 2022, 61).

wymienili strategie ideacyjne, globalnej i lokalnej spójności, integracyjne, transformacyjne, które pozwalają przekształcić dane zawarte w sądach mikrostrukturalnych na sądy makrostrukturalne. Wyróżniono reguły integracyjno-transformacyjne, dzięki którym zrozumienie zaburzonego dyskursu w przypadku afazji mieszanej byłoby możliwe. Do tych reguł zaliczono:

- a) generalizację mającą na celu stworzenie sądu ogólnego na podstawie sądów szczegółowych;
- b) usuwanie, które ma za zadanie eliminować z mikrostruktury zdania nieistotne;
- c) integrowanie, czyli łączenie kilku zdań mikrostruktury w jedno wypowiedzenie w makrostrukturze;
- d) konstruowanie jako odpowiednik wniosku na podstawie mikrostruktury (Kintsch, van Dijk 1978; za: Francuz 2002, 49–50).

## 5. KONKLUZJA

Celem artykułu było przedstawienie poziomu koherencji lokalnej i globalnej w dyskursie spontanicznym w afazji mieszanej z uwzględnieniem komponentu motorycznego i sensorycznego oraz w odniesieniu do grupy kontrolnej. Pomimo iż nie zaobserwowano wpływu zdolności mikrolingwistycznych na wyższy poziom w jednostkach makrolingwistycznych, to zakładając, że w interpretacji wypowiedzeń zaburzonych przyjmuje się wymienione strategie i ich reguły, nie można wykluczyć związku między koherencją lokalną i globalną a kohezją, czyli spójnością linearną i strukturalną. Z pewnością widzimy konieczność kontynuacji badań nad dyskursem w afazji. Obecnie terapeuci powinni w planowanych strategiach terapeutycznych u osób z afazją włączyć różne rodzaje dyskursu, nie dokonując tylko analizy poszczególnych ich elementów (Dipper, Carragher, Whitworth 2024). Badania nad dyskursem w afazji są o tyle ważne, że zarówno klinicyści, jak i badacze powinni dążyć do wypracowania jak najlepszego sposobu komunikacji i interakcji z otoczeniem dla osób z afazją, tak aby pacjenci mogli wypowiadać się w sposób spójny, nadając znaczenie wypowiedzi.

Zebrany materiał lingwistyczny zostanie udostępniony i wprowadzony do międzynarodowej bazy tekstów i protokołów AphasiaBank. W przyszłości będzie możliwe skonfrontowanie uzyskanych na gruncie polskojęzycznym wyników z wynikami badaczy z całego świata.

## BIBLIOGRAFIA

- Dębski, R., P. Wójcik-Topór, i M. Knapiek. 2021. „Polish Language of Aphasia: A Scoping Review in the Era of the International Classification of Functioning, Disability and Health”. *Linguistica Silesiana* 42: 261–280.
- Dipper, L.T., M. Carragher, A. Whitworth. 2024. „Interventions Targeting Spoken Discourse in Aphasia”. W *Spoken Discourse Impairments in the Neurogenic Populations : A State-of-the-Art, Contemporary Approach*. red. A.P.-H. Kong. Cham: Springer International Publishing, 270–284.

- Francuz, P. 2002. „Kognitywne teorie rozumienia tekstu”. W *Rozumienie przekazu telewizyjnego. Psychologiczne badania telewizyjnych programów informacyjnych*, red. P. Francuz. Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL, 15–67.
- Glosser, G., i T. Deser. 1990. „Patterns of Discourse Production Among Neurological Patients with Fluent Language Disorders”. *Brain and Language* 40: 67–88.
- Grabias, S. 2010/2011. „Logopedia – nauka o biologicznych uwarunkowaniach języka i zachowaniach językowych”. *Logopedia* 39/40: 9–34.
- Grabias, S. 2015. „Postępowanie logopedyczne. Standardy terapii”. W *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego. Podręcznik akademicki*, red. S. Grabias, J. Panasiuk, i T. Woźniak. Lublin: Wydawnictwo UMCS, 13–35.
- Jakobson, R. 1989. „Dwa aspekty języka i dwa typy zakłóceń afatycznych”. W *W poszukiwaniu istoty języka*, T. 1, red. R. Mayenowa. Warszawa: PIW, 150–176.
- Kintsch, W., i T.A van Dijk. 1978. „Toward a model of text comprehension and production”. *Psychological Review* 85(5): 363–394.
- Krajewska, M. 2022. *Afazja w stanie ostrym. Obraz i dynamika*. Gdańsk: Harmonia Universalis.
- van Leer, E., i L. Turkstra. 1999. „The effect of elicitation task on discourse coherence and cohesion in adolescents with brain injury”. *Journal of Communication Disorders* 32(5): 327–349.
- Łuczynski, E. 2015. *Wiedza o języku polskim dla logopedów*. Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Łuria, A. 1967. *Zaburzenia wyższych czynności korowych wskutek ogniskowych uszkodzeń mózgu: wprowadzenie do neuropsychologii*. Warszawa: PWN.
- Maruszewski, M. 1974. *Chory z afazją i jego usprawnienie*. Warszawa: Wydawnictwo Nasza Księgarnia.
- Milewska, D., i D. Ryglewicz. 2004. „Epidemiologia afazji u chorych z udarem mózgu”. *Udar Mózgu* 6(2): 65–70.
- Milewski, T. 2004. *Językoznawstwo*. Warszawa: PWN.
- Panasiuk, J. 2007. „Metodologia badań nad afazją”. W *Afazja i autyzm. Zaburzenia mowy oraz myślenia*, red. M. Młynarska, i T. Smreka. Wrocław: Wrocławskie Towarzystwo Naukowe, 45–66.
- Panasiuk, J. 2012. *Afazja a interakcja. Tekst – metatekst – kontekst*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Pąchalska, M. 2012. *Afazjologia*. Kraków: PWN.
- Polański, K. 1993. „Funkcje języka (mowy)”. W *Encyklopedia językoznawstwa ogólnego*, red. K. Polański. Wrocław: Zakład Narodowy im. Ossolińskich, 168.
- de Saussure, F. 2002. *Kurs językoznawstwa ogólnego*. Warszawa: PWN.

**Local and global coherence in spontaneous speech of patients with mixed aphasia**

Keywords: mixed aphasia, discourse, coherence, SALT, utterance.

**ABSTRACT**

Aphasia is a disorder that seriously impairs language and communication functioning. It disintegrates the language system, affecting the coherence of discourse, and thus may cause disruptions in both the transmission and reception of statements. Therefore, research on discourse in people with aphasia becomes important in the context of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF).

The article addresses the topic of cohesion and coherence analyzed quantitatively in spontaneous utterances in people with mixed aphasia with both types motor and sensory components and in a control group. A snippet of research that is being conducted within the OPUS21 project on discourse in people with mixed aphasia is presented. The aim of the study was to check the level of local and global coherence in the statements and compare them in individual groups of respondents. Attempts were made to find a relationship influencing the level of cohesion. An attempt was made to determine whether there is a correlation between local and global coherence. For the research presented in the article, ten people from each group were selected and appropriately matched for age, education, and time of onset. Local and global coherence was checked in spontaneous utterances, regarding the circumstances of the illness, and in telling about oneself or a significant life event. An adaptation of the English-language Cohesion and Coherence Scale by Van Leer and Turkstra (1999) was followed by coding to be able to obtain quantitative summary results through the SALT program. The analysis showed that the lowest degree of both local and global coherence is achieved by patients with a diagnosis of mixed aphasia with a sensory component. The control group achieves the best consistency in speech, although discrepancies can also be observed.