

ALEKSANDRA MATYJASEK
Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin
Uczestniczka Seminarium Doktoranckiego
w Zakładzie Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego

Diagnoza neurologopedyczna i neuropsychologiczna w kontekście teorii interakcji. Studium przypadku mężczyzny z zaburzeniami ogólnomózgowymi

**Diagnosis within the scope of neuro-speech therapy and neuropsychology
by adopting the methodology of the social interactionist theory.
A case study of a man with the general brain disorders**

STRESZCZENIE

W niniejszym artykule, przyjmując teorię interakcji za metodologiczną podstawę diagnozy i terapii, starano się wykazać mnogość czynników mających wpływ na aktywność językową jednostki. Metodą badawczą było studium indywidualnego przypadku mężczyzny z uogólnioną patologią ośrodkowego układu nerwowego spowodowaną działaniem czynników biologicznych (powikłaniami leczenia neuroonkologicznego) i społecznych (ograniczonym procesem socjalizacji). Wyniki badań, uzyskane za pomocą testów neuropsychologicznych i projekcyjnych, kwestionariuszy oraz prób eksperymentalno-klinicznych, wykazały deficyty we wszystkich sferach funkcjonowania mężczyzny (językowej, komunikacyjnej, poznawczej, społecznej, emocjonalnej) oraz wyznaczyły kierunek postępowania terapeutycznego.

Słowa kluczowe: interakcja, neuroonkologia, zaburzenia językowe, zaburzenia komunikacyjne, zaburzenia funkcji poznawczych, diagnoza logopedyczna, diagnoza neuropsychologiczna.

SUMMARY

In this article the social interactionist theory was adopted as the methodological basis of diagnosis and therapy in order to demonstrate the multitude of factors which may have an influence on the linguistic activity of an individual. A method used in research was the individual case study of a man with the general pathology of central nervous system caused by biological factors (complications of the neuro-oncological treatment) and social ones (limited process of socialization). The

results of neuropsychological and projective tests, questionnaires as well as experimental clinical trials have shown deficits in all areas of man's functioning (speech, communication, cognition, social and emotional area) and have set the direction of a therapeutic approach.

Key words: interaction, neuro-oncology, speech disorders, communication disorders, cognitive impairments, diagnosis of speech-language disorders, neuropsychological diagnosis.

TEORIA INTERAKCJI

Refleksja logopedyczna ujmuje interakcję jako proces, na który składają się dwie równoważne zdolności: przypisywanie sensu ludzkim zachowaniom oraz dopasowywanie własnego działania do wymogów grupy odniesienia. Dostosowanie to wyznacza zarówno ogólna, ujęzykowiona wiedza o świecie (sprawność poznawcza języka), jak i znajomość zasad użycia języka w danej grupie (sprawność komunikacyjna języka). Sprawności te mogą z kolei zaistnieć, jeżeli doświadczenie oraz wiedza rozmówców są zbliżone lub tożsame i wyrażane według powszechnych wzorców (Grabias, 2007; 2012).

Teoria interakcji stwarza możliwość szerszego postrzegania zjawisk językowych, nie ograniczając ich wyłącznie do biologicznej i komunikacyjnej aktywności człowieka. Zgodnie z tą koncepcją, jednostka poprzez język wyraża także sposób rozumienia świata, swoje emocje, przekonania i wartości względem danego zjawiska adekwatnie do kontekstu i sytuacji (Panasiuk, 2013). Tak złożony obraz zachowań językowych narzuca określone postępowanie diagnostyczne, które wiąże się z oceną trzech wymiarów: tekstu (ocena rozumienia i tworzenia struktur językowych), metatekstu (ocena adekwatności użycia kategorii modalnych), kontekstu (ocena funkcjonowania w różnych sytuacjach komunikacyjnych) (Panasiuk, 2012). Teoria interakcji stanowi zatem podstawę metodologiczną i praktyczną logopedii jako nauki, a dzięki ukazaniu związku pomiędzy procesami biologicznymi i szeroko rozumianą komunikacją zwiększa jej możliwości diagnostyczno-terapeutyczne (Michalik, 2013).

W odniesieniu do osób, u których zespół objawów nie wskazuje na konkretną jednostkę patologii mowy, podejście interakcyjne umożliwia: wyszczególnienie splotu czynników (pierwotnych i wtórnych), które ukształtowały niespecyficzny obraz zaburzeń; wykazanie deficytów i możliwości pacjenta; dobranie najskuteczniejszych (zindywidualizowanych) metod terapeutycznych (Panasiuk, 2012). Taką grupę stanowią pacjenci z powikłaną historią leczenia neuroonkologicznego, u których konieczne jest zastosowanie metody wykazującej wzajemny związek czynników biologicznych, psychicznych i społecznych.

GUZY OŚRODKOWEGO UKŁADU NERWOWEGO U DZIECI

Guzy ośrodkowego układu nerwowego (OUN) stanowią jedną z najczęstszych chorób nowotworowych u dzieci i szacuje się, że jest to 20–25% nowotworów tego okresu rozwojowego (Szołkiewicz, i in., 2009). Nowotwory OUN, charakterystyczne dla wieku dziecięcego, występują najczęściej przed pierwszym oraz między 2–3 i 5–7 rokiem życia (Bożek 1989).

W zależności od cech morfologicznych, guzy OUN można podzielić na: łagodne (mała dynamika wzrastania; nieoddziaływanie na ogólny stan zdrowia; zniekształcanie części ciała – dotyczy dużych guzów) oraz złośliwe (duża dynamika wzrostowa; szybko pojawiające się objawy; powodowanie przerzutów) (Bożek, 1989).

Osobnym kryterium podziału nowotworów OUN jest ich lokalizacja. Ze względu na umiejscowienie guza wyróżnia się niżej podane.

1. Guzy podnamiotowe – stanowią 60% wszystkich nowotworów mózgu. Do ogólnych objawów należy ciśnienie śródczaszkowe. Do tej grupy nowotworów zalicza się: guzy półkul mózdzku, guzy robaka mózdzku, guzy komory czwartej, guzy pnia mózgu.

2. Guzy nadnamiotowe – należą do nich 40% nowotworów mózgu. U dzieci osiągają one duże rozmiary, dlatego ustalenie ścisłej lokalizacji jest niemożliwe. Można jednak mówić o obszarach anatomicznych, których uszkodzenie składa się na kliniczny obraz nowotworu. Do nowotworów nadnamiotowych należą: guzy półkul mózgu, guzy komór bocznych, guzy komory trzeciej, guzy okolicy siodła tureckiego, guzy skrzyżowania nerwów wzrokowych (por. Wocjan, Żarski, 1971; Traczyńska-Kubin, Dąbrowski, 1985; Lanzkowsky, 1994).

Objawy charakterystyczne dla przebiegu choroby neuroonkologicznej dzieli się na dwie zasadnicze grupy (Szołkiewicz i in., 2009):

1) wzmożone ciśnienie śródczaszkowe (ból głowy, wymioty, zaburzenia ostrości widzenia, niedowłady nerwów czaszkowych, zaburzenia świadomości, nadmierna senność),

2) objawy ogniskowe (postać zależna od uszkodzonej struktury).

Postać nowotworu OUN (czas trwania, rodzaj, dynamika, stopień zaawansowania i umiejscowienie) wpływa na wybór właściwej metody leczenia (Bożek, 1989). W przypadku guzów złośliwych i niekwalifikujących się do interwencji chirurgicznej wiodącą metodę leczenia stanowi radioterapia.

BEZPOŚREDNIE I ODLEGŁE SKUTKI RADIOTERAPII

Radioterapia stosowana jest w przypadku nowotworów złośliwych, wrażliwych na napromieniowanie (Traczyńska-Kubin, Dąbrowski, 1985). Na skutek radiacji dochodzi do uszkodzenia zarówno nowotworowych, jak i zdrowych komór-

rek, co powoduje szereg niekorzystnych następstw (Bożek, 1989). Do powikłań o charakterze przemijającym (bezpośrednim) zalicza się: odczyny popromienne skóry i wyłysienie. Odległe skutki radioterapii można zaklasyfikować do pięciu grup:

- 1) zaburzenia wzrostu i rozwoju, których intensywność związana jest z wiekiem dziecka oraz dawką (korelacja dodatnia);
- 2) zaburzenia czynności układów i narządów prowadzą do zmian w obszarach poddawanych radioterapii; czasem zdarza się, że zmiany, które wystąpiły na skutek zbyt dużej dawki są nieodwracalne i prowadzą do śmierci pacjenta;
- 3) zaburzenia czynności gruczołów płciowych mogą wpływać na aspekt zarówno hormonalny, rozrodczy (zahamowanie czynności płciowych, bezpłodność), jak i genetyczny (nie obserwuje się zmian u potomstwa osób leczonych naświetlaniem);
- 4) poddawanie obserwacji pacjentów leczonych promieniami jonizującymi, u których występuje ryzyko pojawienia się chorób nowotworowych;
- 5) zaburzenia psychosocjalne skutkują w niektórych przypadkach opóźnieniem rozwoju umysłowego dziecka lub zaburzeniami zachowania.

Powikłania spowodowane tą formą leczenia nie są tożsame u wszystkich chorych – różnią się intensywnością i złożonością objawów. Ich odmienność narzuca zastosowanie zindywidualizowanych działań rewalidacyjnych uwzględniających okres rozwojowy pacjenta i wykorzystanie wsparcia najbliższego otoczenia.

ODDZIAŁYWANIA TERAPEUTYCZNE I ICH DETERMINANTY W PROCESIE LECZENIA NEUROONKOLOGICZNEGO

Kluczową rolę w procesie leczenia neuroonkologicznego odgrywają opiekunowie dziecka, których zadaniem jest ścisła współpraca z personelem lekarskim. Pozytywna relacja z lekarzem i pielęgniarkami pozwala dziecku przekonać się, że rodzice biorą czynny udział w jego leczeniu, a wszystkie zabiegi są niezbędne. Utrzymanie dziecka w dobrym nastroju jest priorytetowe w powodzeniu terapii. Istotne jest także wypełnianie jego czasu różnymi zajęciami (zajęcia dydaktyczne, wycieczki), które powinny stanowić nieodzowny aspekt opieki nad dzieckiem z nowotworem. Takie działanie jest oderwaniem się pacjenta od szpitalnej codzienności i powrotem do normalnego życia (Bożek, 1989). Oprócz leczenia medycznego istotne jest objęcie opieką terapeutyczną zarówno dziecka, jak i jego rodzinę. Leczenie usprawniające powinno następować zarówno poprzez psychoterapię, jak i poprzez wielospecjalistyczną rehabilitację (Traczyńska-Kubin, Dąbrowski, 1985).

FUNKCJONOWANIE OSÓB Z PRZEWLEKŁĄ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

Definicja niepełnosprawności

Światowa Organizacja Zdrowia określa niepełnosprawność jako ograniczenia napotymane w środowisku przez jednostkę w wyniku utraconych sprawności (Piotrowicz, 2004). Do grupy osób niepełnosprawnych, mających trudności w samodzielnym rozwiązywaniu własnych problemów, zalicza się osoby: kalekie, upośledzone umysłowo i ruchowo, przewlekle chore (Kościelak, 1996).

Jakość życia osób niepełnosprawnych

Jakość życia jest to całościowe i subiektywne zadowolenie jednostki w wymiarze społecznym, fizycznym i psychicznym (Pąchalska, 2007). Podkreśla się, że odmienne czynniki rzutują na poczucie jakości życia u osób upośledzonych i sprawnych, co ma związek z różnym zakresem ich aktywności, który jest z kolei zdeterminowany możliwościami (Zawiślak, 2006). Obszarami priorytetowymi dla osób sprawnych są: praca, zarobki, wykształcenie, możliwość samorealizacji, zainteresowania. Na zadowolenie z życia osób niepełnosprawnych wpływają natomiast: postawy społeczeństwa, rodzaj niepełnosprawności, niezależność, samostanowienie oraz możliwość zdobywania życiowych doświadczeń. Jak ukazują wyniki badań, osoby niepełnosprawne chcą i potrafią cieszyć się z życia, nawet jeżeli społeczeństwo ocenia to jako mniej wartościowe (Dębska, 2006).

Świadomość determinantów wzmacniających poczucie jakości życia u osób niepełnosprawnych powinna mobilizować terapeutów, rodziców, instytucje do stwarzania podopiecznym możliwości aktywizowania w dziedzinach dla nich ważnych.

SPOŁECZNE UWARUNKOWANIA ROZWOJU OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Najbliższe środowisko (przede wszystkim dom rodzinny i rówieśnicy) powinno dominować w stymulowaniu rozwoju jednostki, stawiając przed nią naturalne wyzwania. Czynnikiem utrudniającym wykorzystanie oddziaływań środowiskowych jest postrzeganie osoby niepełnosprawnej jako słabej, samotnej, wycofującej się, niezadowolonej z życia, niemającej szansy na udane życie małżeńskie i rodzinne. Taka postawa warunkuje proces tworzenia tzw. wtórnego upośledzenia, czyli przekonania o niezaradności pomimo posiadania realnych możliwości i kompetencji (Parchomiuk, Byra, 2006). Rosnąca świadomość własnych ograniczeń wpływa na niskie poczucie przynależności do społeczeństwa, a wskaźnik ten maleje wraz z wiekiem (Dębska, 2006).

Wynikający z negatywnego obrazu siebie brak satysfakcjonujących kontaktów z osobami znaczącymi (rodzicami, rówieśnikami) i tym samym niezaspokajanie podstawowych potrzeb (przynależności, miłości, bliskości, emocjonalnego kontaktu) powoduje w jednostce poczucie osamotnienia (Kościelak, 1996). Zapobieganiem mu jest właściwa socjalizacja rozumiana jako „przygotowanie do konstruktywnego udziału w życiu społecznym”. Nadrzędnym jej celem jest zaspokojenie potrzeby niezależności i sprzyjanie rozwojowi takich cech, jak wola, orientacja w otoczeniu, motywacja, całościowa analiza sytuacji (interpretowanie kontekstów, uchwycenie relacji między nimi, odczytywanie znaków niewerbalnych) (Kościelska, 1984, 41).

W procesie wychowawczym w pierwszej kolejności powinno się więc uwzględniać cechy podobne do ogółu populacji, wynikające z okresu rozwojowego. Taka strategia postępowania stwarza możliwość pokonania ograniczeń i ujawnienia maksymalnych możliwości jednostki (Kirenko, 2007).

EMOCJE I OSOBOWOŚĆ OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Rodzina jest podstawową jednostką umożliwiającą prawidłowy rozwój dziecka, również w aspekcie emocjonalnym poprzez zaspokajanie jego psychofizycznych potrzeb. Najważniejszą z nich jest potrzeba miłości, czyli „całokształt specyficznych zachowań i związanych z nimi procesów psychicznych, które tworzą i podtrzymują dwustronną relację międzyludzką, czyniąc ją osobistą i względnie trwałą” (Janion, 2006, 247). Dziecko dotknięte ciężką, przewlekłą chorobą ze względu na częste hospitalizacje (przebywanie poza domem) oraz chroniczne zmęczenie i przewlekły stres rodziców nie doświadcza pełni oddziaływań odpowiedzialnych za prawidłowy rozwój emocjonalny i tworzenie się więzi (Janion, 2006).

Choroba przewlekła może powodować zatem dezintegrację także w aspekcie psychicznym, co przejawiać się będzie: zaniżonym poczuciem własnej wartości, poczuciem winy, wrogością, agresją, wstydem, rezygnacją z celów, brakiem aspiracji, zamknięciem się na świat zewnętrzny (Kirenko, 2007).

Na podłożu niesprzyjających warunków środowiskowych (utrudnionych lub zakłóconych relacji) mogą pojawić się także zaburzenia osobowości. Nieprawidłowy rozwój osobowości u osób niepełnosprawnych i chorych przewlekle określa się nazwą homilopatia. Na jej obraz składa się: kompleks niższości; nadwrażliwość; wahania nastroju; zbytnia koncentracja na własnej osobie; postawa cierpiętnicza; wrogość, agresja i złośliwość względem otoczenia (Hulek, Larkowa, 1974).

Podkreśla się, że niepełnosprawność nie determinuje całkowicie osobowości jednostki (Kirenko, 2007), ale może przyczyniać się do ukształtowania niesprzyjających rozwojowi cech (np. trudności w przystosowaniu i pełnieniu ról społecz-

nych – rodzinnych, zawodowych, seksualnych, towarzyskich) lub predysponować do wystąpienia zaburzeń osobowości (Jakubik 1996).

BADANIA WŁASNE

Charakterystyka kliniczna pacjenta

Opis przypadku dotyczy 32-letniego pacjenta, u którego występują zaburzenia niespecyficzne, przejawiające się w sferze: poznawczej, językowej, komunikacyjnej, emocjonalno-motywacyjnej i społecznej. Wyszczególnione deficyty składają się na obraz powikłań leczenia neuroonkologicznego oraz niesprzyjających oddziaływań środowiskowych.

Pierwsze objawy choroby nowotworowej (wytrzeszcz lewej gałki ocznej, łzawienie, bez bólów) pojawiły się, gdy pacjent miał 2 lata i 8 miesięcy. Tomografia komputerowa (CT) i konsultacja neurochirurgiczna wykazały *glioma nervi optici* (glejak nerwu wzrokowego). Rodzice nie wyrazili wówczas zgody na zabieg operacyjny.

Przez kolejne lata pacjent nie był poddawany leczeniu, czuł się dobrze, nie wykazywał objawów neurologicznych. W wieku 5 lat i 4 miesięcy wykonano kolejne badanie CT, które wykazało obecność dużej, nieprawidłowej masy w obrębie lewego oczodołu przechodzącej w kierunku skrzyżowania nerwów wzrokowych. U badanego zaobserwowano oczopląs i osłabiony odruch źreniczny – zalecono konsultację okulistyczną. Dodatkowo, na podstawie wyników tomografii komputerowej stwierdzono, że obecnie nie ma podstaw do interwencji neurochirurgicznej.

W wieku 7 lat 9 miesięcy pacjent miał wykonane kolejne badanie CT, które dostarczyło następujących informacji: pogrubienie lewego nerwu wzrokowego do 13mm i prawego do 8mm w całym przebiegu, aż do kanałów nerwów wzrokowych; pogrubienie kanałów nerwów wzrokowych; nieznaczne przemieszczenie komory IV w stronę lewą; izodensyjny naciek pnia mózgu, namiotu mózdzku i prawej półkuli mózdzku; brak zmian w strukturach mózgowia. Stwierdzono także progresję zmian w stosunku do poprzedniego badania CT. Po konsultacji onkologicznej orzeczono, że ze względu na lokalizację guza pacjent nie kwalifikuje się do operacyjnego usunięcia nowotworu. W ramach leczenia uznano za konieczne zastosowanie radioterapii – napromienianie gamma Co-60 zarówno na prawe, jak i lewe pole czaszkowe.

Na podstawie dwóch kolejnych badań CT stwierdzono remisję zmiany nowotworowej w odniesieniu do stanu wcześniejszego. Wystąpiły jednak powikłania spowodowane inwazyjnym leczeniem (radioterapia i farmakoterapia): ślepota lewego oka, zaburzenia wzrostu, zaburzenia procesów poznawczych – głównie pamięci (świadczą o tym zaostrome fale theta w badaniu elektroencefalografią, a za przyczynę tych zaburzeń można uznać zmiany demielinizacyjne wykazane

w badaniu rezonansem magnetycznym), choroba Hashimoto, duszności, porażenie prawego fałdu głosowego (dysfonia), ograniczenie sprawności artykulatorów.

Wykazane trudności charakteryzują obecny stan kliniczny pacjenta. Sam proces leczenia i wyniki z jego przebiegu powikłania ograniczyły funkcjonowanie pacjenta w wielu aspektach życia, szczególnie w sferze społecznej, dlatego poprawa funkcjonowania w sferze poznawczej i językowej warunkuje możliwość samodzielnego funkcjonowania w społeczeństwie.

OPIS NARZĘDZI DIAGNOSTYCZNYCH

Materiał poddany analizie został zgromadzony przez 6 miesięcy podczas cotygodniowych spotkań. W celu sporządzenia diagnozy (opisu pacjenta we wszystkich sferach funkcjonowania) i zaprogramowania oddziaływań terapeutycznych zastosowano następujące narzędzia.

Metody przesiewowe

1. *Krótką Skala Oceny Stanu Umysłowego Minimalnego* (MMSE) – pomiar sprawności funkcjonowania poznawczego (Kotapka-Minc, 2007);
2. *Test Zegara* – ocena aktywności poznawczej (Kotapka-Minc, 2007).

Testy neuropsychologiczne

3. *Kalifornijski Test Uczenia się Językowego* (CVLT) – pomiar możliwości uczenia się i odtwarzania materiału werbalnego (Łojek, Stańczak, 2010).;
4. *Test Uwagi i Spostrzegawczości* (TUS), *wersja b/k i 6/9* – pomiar trzech wskaźników uwagi: szybkości pracy percepcyjnej, różnicowania materiału percepcyjnego i odporności na dystraktory (Ciechanowicz, Stańczak, 2006);
5. *Test Płynności Figuralnej Ruffa* (RFFT) – pomiar płynności niewerbalnej, czyli tworzenia jak największej liczby nowych wzorów w ograniczonym czasie (Łojek, Stańczak, 2005).

Kwestionariusze

6. *Kwestionariusz Inteligencji Emocjonalnej* (INTE) – pomiar zdolności rozumienia, rozpoznawania, kontrolowania, efektywnego wykorzystania emocji (Jaworowska, Matczak, 2008);
7. *Skala Satysfakcji z Życia* (SWLS) – pomiar poczucia zadowolenia z życia (Juszczyński, 2009);
8. *Kwestionariusz Kompetencji Społecznych* (KKS) – pomiar umiejętności warunkujących efektywność w różnych sytuacjach społecznych (Matczak, 2001).

Metody projekcyjne

9. *Test Niedokończonych Zdań Rottera* (RISB) – pomiar nieprzystosowania (Jaworowska, Matczak, 2008).

Próby eksperymentalno-kliniczne

10. Próby diagnostyczne opracowane na podstawie standardów postępowania w przypadku pacjentów z uszkodzeniami mózgu autorstwa Panasiuk (2012).

CHARAKTERYSTYKA FUNKCJONOWANIA PACJENTA – OMÓWIENIE WYNIKÓW BADAŃ

Ocena interakcji społecznych

Charakterystyka społeczna badanego ogranicza się wyłącznie do opisu środowiska rodzinnego. Ze względu na długotrwały proces leczenia, częste hospitalizacje, zły stan zdrowia i wynikającą z tego nadopiekuńczość rodziców, mężczyzna nie funkcjonował samodzielnie, nie nawiązywał bliższych relacji z rówieśnikami (przez cały okres edukacji miał nauczanie indywidualne, nie uczestniczył w zajęciach dodatkowych).

W okresie adolescencji nastąpił regres w funkcjonowaniu społecznym. Z rozmowy z badanym wynika jednak, że chciałby on nawiązać relacje z osobami w swoim wieku, spędzać czas w bardziej aktywny sposób. Taka postawa badanego pokazuje, że ważna jest dla niego praca nad własnymi słabościami. Czynnikiem, który ogranicza pacjenta w aspekcie samorealizacji (realizacji celów, aspiracji, otworzenia na świat zewnętrzny), jest brak stymulacji ze strony najbliższego otoczenia – rodziny. Ojciec badanego uważa, że ze względu na stan zdrowia i wynikłe z niego ograniczenia, syn nie jest zdolny do samodzielnego życia, pracy, stawiania sobie celów, planowania, podejmowania decyzji, nie ma on także jasno określonych norm postępowania.

Ważnymi osobami w najbliższym otoczeniu pacjenta jest jego rodzeństwo. Badany przyznaje, że ta relacja jest dla niego źródłem pozytywnych emocji i stanowi jedyną formę kontaktu z rówieśnikami.

Ocena możliwości funkcjonalnych

Pacjent bardzo nisko ocenia możliwości samodzielnego radzenia sobie w różnych życiowych sytuacjach. Przyczyn swoich niepowodzeń upatruje w mowie o niskiej wyrazistości artykulacyjnej (dysartrii) oraz nieśmiałości. Wycofanie się pacjenta z interakcji (w okresie dzieciństwa i młodości), przyczyniło się do niewykształcenia sprawności społecznych (umiejętności efektywnego radzenia sobie w określonego typu sytuacjach). Ich brak przejawia się: małą plastycznością zachowań; małą efektywnością komunikacyjną; nieumiejętnością budowania więzi emocjonalnych; niskim poziomem asertywności.

Cechy te zostały dodatkowo wzmocnione przez postawę najbliższego otoczenia, które postrzega badanego jako osobę wycofującą się, niepewną siebie etc. oraz nie zachęca go do samodzielnej aktywności. Ochronna postawa rodziców

mogła przyczynić się do wtórnego upośledzenia osoby badanej, co przejawia się w następujących obszarach funkcjonowania: motywacyjnym (brak motywacji do działania i umiejętności angażowania się); poznawczym (trudności w uczeniu się nowych zależności, rozumieniu ich i przewidywaniu); emocjonalnym (apatia, lęk) oraz społecznym (wycofanie z kontaktów).

Wykazane trudności rzutują na niskie poczucie jakości życia badanego. Największe niezadowolenie dotyczy dwóch sfer: sytuacji rodzinnej (badany chciałby mieszkać z obojgiem rodziców, mieć większą swobodę działania) oraz stanu zdrowia (zdaniem badanego choroba nie pozwoliła mu na zaplanowanie życia i budowanie konstruktywnych relacji z innymi).

Obecnie badany wykazuje silnie konfliktową postawę, która wiąże się z odczuwaniem stanu przygnębienia i nieumiejętności radzenia sobie z frustracją, brakiem konstruktywnej aktywności i niezdolnością do nawiązywania i utrzymywania satysfakcjonujących relacji z innymi ludźmi. W celu poprawy jakości funkcjonowania pacjenta ważne jest ukierunkowanie terapii na samodzielną aktywność, zachęcanie do podejmowania autonomicznych decyzji, co wpłynęłoby pozytywnie na jego samoocenę.

Ocena sprawności językowych i komunikacyjnych

Kompetencja językowa (wiedza o użyciu znaków i reguł językowych) oraz kompetencja komunikacyjna (wiedza o budowaniu wypowiedzi zgodnych z kontekstem) została u badanego wykształcona. Badany rozumie informacje przekazywane drogą werbalną w kontekście i poza kontekstem sytuacyjnym o charakterze dosłownym. Właściwa interpretacja wypowiedzi metaforycznych jest utrudniona ze względu na deficyty myślenia abstrakcyjnego.

Opis funkcjonowania językowego i komunikacyjnego przeprowadzono z perspektywy teorii interakcji i odniesiono do niżej podanych wymiarów (Panaśkiuk, 2012).

1. Tekst – mężczyzna nie wykazuje trudności z rozumieniem wypowiedzi słownych i tekstów pisanych (ze względu na ograniczone możliwości pamięci krótkotrwałej i operacyjnej nie potrafi przywołać szczegółów). Kolejną sferą uwzględnianą przy ocenie tekstu jest tworzenie wypowiedzi słownych oraz pisanych, które u badanego mężczyzny przyjmują formę krótkich wypowiedzi, przy zachowanym odniesieniu do narzuconego tematu.

2. Metatekst – osoba badana zauważa różnicę pomiędzy wykładnikami kategorii modalnej języka (potrafi właściwie ocenić poprawność gramatyczną, semantyczną i pragmatyczną wypowiedzi). Trudności pojawiają się w aspekcie wykonawczym (samodzielnym formułowaniu wypowiedzi zgodnych z daną modalnością). Taki profil deficytów wskazuje na ograniczony dostęp do wiedzy na temat czynności językowych (metajęzyka), przy zachowanej kompetencji językowej.

3. Kontekst – analiza materiału zebranego na podstawie wywiadu, obserwacji pacjenta i prób eksperymentalno-klinicznych dowodzi, że pacjent rozumie kontekst sytuacyjny (przekazywany zarówno w sposób jawny, jak i ukryty) oraz potrafi określić rangi i relacje między bohaterami zdarzenia. Trudności pojawiają się w aspekcie realizacyjnym – samodzielnym tworzeniu wypowiedzi zgodnych z daną sytuacją komunikacyjną.

Analiza obrazu funkcji językowych i komunikacyjnych (trudności w realizowaniu wypowiedzi występują w każdej kategorii interakcyjnej) badanego mężczyzny nie wskazuje na konkretną jednostkę patologii mowy, świadczy natomiast o niespecyficznym, indywidualnym obrazie zaburzeń (wynikającym ze sprzężenia czynników pierwotnych i wtórnych), który determinuje zindywidualizowane postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne.

Ocena funkcjonowania poznawczego

Zaburzenia poznawcze osoby badanej nie mają jednolitego charakteru, nie są powiązane wyłącznie z jedną modalnością, co przemawia za ich uogólnionym charakterem i koreluje z historią leczenia neuroonkologicznego oraz wynikami badań neuroobrazowych. Szczególne problemy zauważa się w zakresie pamięci, uwagi, operowania liczbami i orientacji przestrzennej.

W zaburzeniach pamięci dominują deficyty zapamiętywania i przechowywania, co przejawia się trudnościami w utrwalaniu materiału w celu późniejszego odtworzenia. Pacjent stereotypowo powtarza określone słowa i pomimo powtórzeń wzorcowego materiału nie zwiększa ich liczby (zapamiętywanie ma charakter bierny). U badanego zachodzi zatem hamowanie proaktywne, które zarówno utrudnia zapamiętanie późniejszych informacji, jak i stanowi istotny czynnik zapomnienia.

Uwaga (wybiórczość procesów psychicznych) wykazuje niski poziom. Pomimo braku trudności z różnicowaniem materiału percepcyjnego (odróżniania bodźców zakłócających od bodźców właściwych) pacjent pomija elementy istotne. Ma on także trudności z dostosowaniem poziomu energii do rozwiązywania zadań, co wpływa ujemnie na efektywność i tempo pracy.

Współwystępującym zaburzeniem, obok problemów z pamięcią i uwagą, są trudności w zakresie operowania liczbami (rozwiązywanie i uzupełnianie równań znakami matematycznymi, rozwiązywanie zadań tekstowych, rozwiązywanie równań w pamięci), orientacji na zegarze (prawidłowe odczytywanie godzin) oraz na mapie (określanie kierunków). Wymienione trudności wiążą się z deficytami w zakresie myślenia pojęciowo-abstrakcyjnego (rozumienia pojęć i zależności niekonkretnych).

Obraz dysfunkcji wyższych czynności psychicznych wskazuje na ich wykonawczy (EF) charakter, co przejawia się: impulsywnym i nieplanowanym dzia-

łaniem (badany przy rozwiązywaniu zadań nie stosuje żadnych strategii wspomagających efektywność pracy); brakiem planowości działania; trudnościami z przestrzenną organizacją materiału percepcyjnego; mniejszą efektywnością działania pod presją czasu i obniżonym krytycyzmem (związek EF z kontrolą emocjonalną).

Obecność licznych deficytów (pamięci, uwagi, operowania liczbami oraz rozumienia relacji przestrzennych) i trudności (zapominanie materiału o różnej strukturze, męczliwość, deficyty uwagi) oraz układ wyników w testach neuropsychologicznych (MMSE, RFFT, CVLT) określają profil zaburzeń badanego jako charakterystyczny dla osób we wczesnym stadium otępienia.

Ocena procesów emocjonalno-motywacyjnych

Pacjent wykazuje trudności w zakresie trafnego spostrzegania i interpretowania informacji, jakie niosą emocje oraz skutecznego motywowania się do różnych działań. Szczególne deficyty występują w zakresie emocji związanych z aktywnością poznawczą, co jest związane z brakiem doświadczeń szkolnych, stymulacji i pobudzania do zainteresowania światem zewnętrznym. Czynniki te warunkują procesy motywacyjne, które u badanego wykazują niską pobudliwość. Badany ma także trudności z konstruktywnym wykorzystaniem emocji. W kontakcie z pacjentem przejawia się to: brakiem inicjatywy, biernością i zahamowaniem, trudnościami z przywołaniem wcześniejszych, zakończonych sukcesem doświadczeń w celu pokonania danej przeszkody.

Dominującą cechą w postawie badanego jest lęk. Badany najbardziej obawia się oceny społecznej, uważa, że jest ona formułowana przez pryzmat jego zaburzeń. Brak doświadczeń społecznych uniemożliwił pacjentowi konfrontację tych wyobrażeń z rzeczywistością (stworzenia trafnej samowiedzy), co przyczyniło się do wycofania z życia społecznego i wpłynęło na zaniżoną samoocenę. Trudności te potęguje niska odporność emocjonalna (zdolność efektywnego działania mimo odczuwanych emocji).

Ze względu na ubogi charakter doświadczeń interakcyjnych, badany nie miał możliwości przeżycia wielu emocji i uczuć, co obecnie przejawia się trudnościami w ich rozpoznawaniu i rozumieniu. Dodatkowo, ograniczona zdolność pacjenta do introspekcji i wglądu utrudnia mu samopoznanie i konstruktywne wykorzystanie emocji w różnych aktywnościach. Pomimo doświadczanych trudności, badany przejawia chęć działania. Wymaga on jednak zewnętrznej stymulacji i kierowania.

Implikacje terapeutyczne

Niespecyficzny obraz zaburzeń wymaga zastosowania wielospecjalistycznych metod terapeutycznych. Celem terapii logopedycznej i neuropsychologicznej pacjenta z zaburzeniami ogólnomózgowymi (niespecyficznymi) we wczesnym

etapie procesu otępiennego powinna być polimodalna stymulacja, ćwiczenia na materiale konkretnym i abstrakcyjnym oraz wywoływanie zachowań komunikacyjnych (werbalnych i niewerbalnych).

Wybór strategii

Sformułowany cel terapii, diagnoza logopedyczna, stan kliniczny pacjenta, warunki prowadzenia terapii, planowany okres postępowania terapeutycznego wyznacza dobór odpowiedniej strategii postępowania (Maruszewski, 1974). W odniesieniu do omawianego pacjenta najbardziej odpowiednia jest strategia realistyczna pozwalająca na wypracowanie i utrzymanie określonego poziomu funkcji (w tym opóźnienie progresji objawów) oraz włączenie w proces terapeutyczny rodziny chorego (Misztal, Szepietowska, 2006).

Organizacja i schemat postępowania terapeutycznego

Przy opracowywaniu programu terapeutycznego konieczne jest uwzględnienie specyficznych czynników związanych z danym zaburzeniem (zachowane i zaburzone czynności i funkcje psychiczne), cech osobowych pacjenta (wiek, wykształcenie, zainteresowania, nastawienie wobec własnych trudności, zwrócenie uwagi na konieczność prowadzenia działań o charakterze psychoterapeutycznym), charakteru środowiska pacjenta (postawy członków rodziny, możliwość współpracy) (Pąchalska, 2007).

W odniesieniu do opisywanego mężczyzny istotne jest prowadzenie terapii uwzględniającej specyfikę zaburzenia (terapia sprawności komunikacyjnych – realizacja modalności i komunikatów zgodnych z sytuacją społeczną; terapia sprawności językowych – usprawnianie prozodii mowy, wzbogacanie słownika czynnego oraz składniowej złożoności tekstu; terapia procesów poznawczych – pamięci, uwagi, myślenia abstrakcyjnego; terapia funkcji wykonawczych – planowania i tworzenia strategii działania).

Niespecyficzny obraz deficytów determinuje charakter spotkań terapeutycznych, który w tym przypadku powinien mieć postać indywidualnych wizyt. Terapia grupowa natomiast byłaby wspomagająca w aspekcie doskonalenia sprawności społecznych i otworzenia pacjenta na świat zewnętrzny. W celu stymulacji pod kątem zachowań językowych, emocjonalnych i umiejętności orientowania się w rzeczywistości istotne jest zastosowanie psychoterapii, która pozwoli badalnemu na wykazanie swych możliwości językowych i komunikacyjnych w życiu społecznym.

BIBLIOGRAFIA

- Bożek J., 1989, *Ogólne zasady leczenia*, [w:] *Nowotwory wieku dziecięcego*, red. J. Bożek, Warszawa, 54–68.
- Byra S., Parchomiuk M., 2006, *Rodzaj niepełnosprawności, a poczucie jakości życia*, [w:] *Jakość życia, a niepełnosprawność. Konteksty psychopedagogiczne*, red. Z. Palak, A. Lewicka, A. Bujnowska, Lublin.
- Dębska U., 2006, *Poczucie jakości życia osób niepełnosprawnych i ich opiekunów. Doniesienie z badań*, [w:] *Jakość życia, a niepełnosprawność. Konteksty psychopedagogiczne*, red. Z. Palak, A. Lewicka, A. Bujnowska, Lublin.
- Grabias S., 2007, *Język, poznanie, interakcja*, [w:] seria: *Mowa. Teoria – praktyka*, t. 2: *Język, interakcja, zaburzenia mowy. Metodologia badań*, red. T. Woźniak, A. Domagała, Lublin, 355–377.
- Grabias S., 2012, *Teoria zaburzeń mowy. Perspektywy badań, typologie zaburzeń, procedury postępowania logopedycznego* [w:] *Teoria zaburzeń mowy*, red. S. Grabias, M. Kurkowski, Lublin, 28–31.
- Hulek A., Larkowa H. 1974, *Problemy psychologiczne rehabilitacji inwalidów*, Warszawa.
- Jakubik A., 1996, *Mit osobowości pogranicznej* [w:] *Studia z psychologii*, red. A. Grochowska i in., Warszawa, 300–305.
- Janion E., 2006, *Więzi emocjonalne w rodzinach dzieci chorych*, [w:] *Jakość życia a niepełnosprawność. Konteksty psychopedagogiczne*, red. Z. Palak, A. Lewicka, A. Bujnowska, Lublin.
- Jaworowska A., Matczak A., 2008, *Kwestionariusz Inteligencji Emocjonalnej INTE. Podręcznik*, Warszawa.
- Jaworowska A., Matczak A., 2008, *Test zdań niedokończonych Rottera RISB. Podręcznik*, Warszawa.
- Juszczyński Z., 2009, *Narzędzia Pomiaru w Promocji i Psychologii Zdrowia*, Warszawa.
- Kirenko J., 2007, *Indywidualna i społeczna percepcja niepełnosprawności*, Lublin, 9–26.
- Kościelak R., 1996, *Funkcjonowanie psychospołeczne osób niepełnosprawnych umysłowo*, Warszawa, 168–200.
- Kościelska M., 1984, *Upośledzenie umysłowe, a rozwój społeczny*, Warszawa, 13–83, 263–286, 347–350.
- Lanzkowsky P., 1994, *Hematologia i onkologia dziecięca*, Warszawa, 264–278.
- Łojek E., Stańczak J., 2005, *Test Płynności Figuralnej Ruffa RFFT. Polska standaryzacja i normalizacja. Podręcznik*, Warszawa.
- Łojek E., Stańczak J., 2010, *Podręcznik do Kalifornijskiego Testu Ucznia się Językowego CVLT. Polska Normalizacja*, Warszawa.
- Maruszewski T., 1974, *Mowa a mózg. Zagadnienia neuropsychologiczne.*, Warszawa, 50–60, 103–150.
- Matczak A., 2001, *Kwestionariusz Kompetencji Społecznych KKS. Podręcznik*, Warszawa.
- Michalik M., 2013, *Teoria logopedii jako interakcja. Między interakcjonizmem symbolicznym a lingwistyką mentalną* [w:] *Interakcyjne uwarunkowania rozwoju i zaburzeń mowy*, Kraków.
- Misztal H., Szepietowska M., 2006, *Terapia neuropsychologiczna* [w:] *Podstawy neuropsychologii klinicznej*, red. A. Domańska, A. Borkowska, Lublin.
- Panasiuk J., 2012, *Afaza a interakcja. TEKST – metaTEKST*, Lublin, 727–738.
- Panasiuk J., 2013, *Sprawności interakcyjne i komunikacyjne jako kryteria różnicowania zaburzeń rozwojowych* [w:] *Interakcyjne uwarunkowania rozwoju i zaburzeń mowy*, Kraków.
- Pąchalska M., 2007, *Neuropsychologia kliniczna – Urazy mózgu*, tom 2, Warszawa, 326–338.

- Szołkiewicz A., Adamkiewicz-Drożyńska E., Balcerska A., 2009, *Guzy ośrodkowego układu nerwowego u dzieci – analiza objawów i propozycje diagnostyczne* [w:] *Wybrane problemy kliniczne*, Gdańsk.
- Traczyńska-Kubin H., Dąbrowski M., 1985, *Guzy ośrodkowego układu nerwowego*, [w:] *Neurologia dziecięca*, red. J. Czochońska, Warszawa, 423–443.
- Wojan J., Żarski S., 1971, *Wskazanie do leczenia neurochirurgicznego chorób układu nerwowego u dzieci*, [w:] *Wybrane zagadnienia z neurologii dziecięcej*, red. R. Michałowicz, Warszawa, 338–352.
- Zawiślak A., 2006, *Poczucie jakości życia osób z niepełnosprawnością intelektualną*, „Kwartalnik Pedagogiczno-Terapeutyczny Nasze Forum”, 1–2, Bydgoszcz.