

BARBARA GÓRNIK
Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Hrubieszowie
Oddział Neurologiczny

Wpływ zaburzeń emocjonalnych na proces powrotu funkcji językowych u pacjentów neurologicznych

**Influence of emotional disorders on process of recovery
disordered language skills at neurological patients**

STRESZCZENIE

Głównym założeniem niniejszej publikacji jest ukazanie wpływu zaburzeń emocjonalnych na proces powrotu zaburzonych funkcji językowych wskutek niedawno przebytego udaru niedokrwiennego mózgu. Artykuł dzieli się na dwie części – teoretyczną oraz badawczą. W pierwszej zawarto problematykę mechanizmów powrotu funkcji językowych u pacjentów neurologicznych, opisano schemat postępowania terapeutycznego w przypadku afazji motoryczno-kinestetycznej, przedstawiono istotę wielopłaszczyznowości zaburzeń emocjonalnych oraz przeanalizowano schemat „Krótkiej Skali Samooceny Depresji i Lęku” autorstwa Andrzeja Kokoszki. W części badawczej wykorzystano dane kliniczne dwóch pacjentek przyjętych na Oddział Neurologiczny do Szpitala Powiatowego w Hrubieszowie. Informacje początkowe (zebrany wywiad medyczny, obserwacja kliniczna, wyniki wykonanych badań specjalistycznych: ocena aktualnych możliwości językowych oraz stopień nasilenia zaburzeń depresyjno-lękowych) zestawiono z danymi końcowymi (otrzymanymi na podstawie powtórnie przeprowadzonych badań – po dziewięciotygodniowym intensywnym procesie usprawniania zaburzonych funkcji w ramach szpitalnej oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej). Po przeprowadzeniu dogłębnej analizy otrzymanego materiału badawczego zebrano oraz usystematyzowano wnioski końcowe: głębokie zaburzenia depresyjno-lękowe wymagają interwencji psychologicznej; wszelkie próby usprawniania występujących nieprawidłowości językowych, nieuwzględniające zaburzeń o podłożu emocjonalnym, nie przynoszą pożądaných efektów.

Słowa kluczowe: afazja, zaburzenia emocjonalne, terapia neurologopedyczna.

SUMMARY

The main purpose of this publication is to show how emotional disorders influence the process of recovery of disordered language skills after the undergone stroke. The article is divided into two

parts: the theoretical and the research one. The first part deals with the problems faced by neurological patients while gaining back lost language skills. The pattern how to behave in case of aphasia and various backgrounds of emotional disorders have been analysed. What is more, the work of Andrzej Kokoszka entitled "Krótka Skala Samooceny Depresji i Lęku" ("A short scale of self-evaluation of depression and fear") has been presented. The research part uses clinical data of two patients treated on Neurological Ward of Hospital in Hrubieszów. The initial information (collected by medical interview, clinical observation, the results of specialist research) were contrasted with final results (received on the basis of the research conducted once again: after nine-week of intensive process aimed at improving disordered functions). Having analysed the received research material thoroughly, the conclusions were drawn: psychological help is needed in case of deep depressive disorders. Different ways of trying to improve language disorders, without taking into account emotional ones, do not give desired effects.

Key words: aphasia, emotional disorders, improving language functions – speech therapy.

MECHANIZMY POWROTU FUNKCJI JĘZYKOWYCH U PACJENTÓW ZABURZONYCH NEUROLOGICZNIE

Rehabilitacja neuropsychologiczna to proces przywracania osób z różnymi uszkodzeniami mózgu do takiego poziomu funkcjonowania intelektualno-poznawczo-społecznego, który umożliwi im całościową reintegrację ze społeczeństwem oraz w znaczący sposób podniesie jakość ich życia. Nieodłącznym elementem rehabilitacji neuropsychologicznej jest terapia występujących zaburzeń na płaszczyźnie językowo-komunikacyjnej. Sam fakt złożoności oraz różnorodności wyżej wspomnianych deficytów wymaga od terapeuty mowy wyjątkowej elastyczności w wyborze stosowanych metod podczas prowadzenia sesji terapeutycznej. Głównym zadaniem terapeuty jest zawsze taki dobór oraz wdrożenie metod terapeutycznych, które pozwolą na jak najszybsze przezwyciężenie przez pacjenta występujących trudności podczas procesu komunikacji. Terapia powinna opierać się na diagnozie analitycznej, powinna kłaść szczególny nacisk na zaburzenia w funkcjonowaniu jednego z wielu mechanizmów programowania mowy, koncentrować się na dominującym defekcie w procesie powstawania mowy (Seniów, Nowakowska, 1978). W początkowym okresie zdrowienia istotne jest, aby zapobiegać wyjątkowo niekorzystnym zmianom psychogennym u pacjentów. Podczas pierwszej fazy terapeutycznej należy w miarę możliwości dążyć do jak najefektywniejszego rozhamowania czynności zaburzonej w wyniku zmian dynamicznych w obrębie centralnego układu nerwowego (m.in. poprzez bezpośrednie działania stymulujące oraz psychoterapeutyczne). Natomiast w kolejnych etapach pracy terapeutycznej uwaga powinna skupiać się przede wszystkim na próbie przebudowy układu funkcjonalnego zaburzonej czynności mowy, tj. na zastąpieniu niesprawnego ogniwa układu ogniwem nieuszkodzonym, które w danym układzie pełniło zupełnie inną rolę bądź w nim dotychczas wcale nie uczestniczyło (m.in. poprzez pośrednie działania zastępowania, przebudowy,

przeuczania bądź uprzedzania).¹ Trzeba wiedzieć, że każdy proces powrotu funkcji językowych przebiega w wyniku współdziałania rozmaitych mechanizmów kompensacyjnych, dlatego w pracy terapeutycznej należy posługiwać się w sposób równoległy wszystkimi dostępnymi metodami.

POSTĘPOWANIE NEUROLOGOPEDYCZNE W PRZYPADKU ZABURZEŃ JĘZYKOWYCH O CHARAKTERZE RUCHOWO-KINESTETYCZNYM

W przypadku afazji motorycznej dominującym zaburzeniem jest wyraźne upośledzenie ekspresji werbalnej. Znacznie ograniczone są takie czynności mowy jak powtarzanie, nazywanie czy spontaniczna mowa dialogowo-opowieściowa. Problem ten wiąże się zwykle z uszkodzeniem kory mózgowej dolnej części zakrętu zaśrodkowego (tzw. wieczko ciemieniowe) oraz dolnej okolicy przedczołowej (tzw. wieczko centralne) dominującej półkuli mózgu (Łuria, 1967).

Częstą postacią zaburzeń o typie afatycznym jest afazja motoryczno-kinestetyczna (inaczej nazywana aferentną lub dośrodkowo-ruchową).² Cechują ją zaburzenia analizy oraz syntezy doznań czuciowych pochodzących od narządów mowy. Główną przyczyną trudności jest niemożność odnalezienia właściwego wzorca ułożenia narządów artykulacyjnych podczas fonicznych realizacji. Produkowany tekst jest fonetycznie zniekształcony; analogiczne trudności pojawiają się także w piśmie chorego. Chociaż rozumienie wypowiedzi językowych pozostaje najczęściej nienaruszone, sporadycznie mogą wystąpić nieznaczące deficyty w zakresie słuchu fonematycznego.

Rehabilitacja mowy w przypadku afazji ruchowo-kinestetycznej stanowi uporządkowany szereg konkretnych działań terapeutycznych (Pąchalska, 2003; Maruszewski, 1974; Strachalska, 2002):

¹ Współczesne badania naukowe wskazują na sześć rozmaitych biochemicznych oraz fizjologicznych mechanizmów plastyczności mózgowej: 1) regeneracja właściwa – gdy akson neuronu uszkodzonego wysyła nowe włókna, tworząc tzw. synapsy robocze blisko miejsca uszkodzenia; 2) regeneracja boczna – gdy inne neurony wokół neuronu uszkodzonego wysyłają dendryty, uzupełniając brakujące połączenia; 3) rezerwa mózgowa – wykorzystanie nieaktywnych wcześniej synaps jako zastępcze obejście przekazywania informacji; 4) przebudowa sieci neuronowej – gdy komórki nerwowe otaczające obszar martwicy wysyłają dendryty do innych komórek nieuszkodzonych, tworząc nowe szlaki nerwowe; 5) nadwrażliwość dennerwacyjna – gdy zachowane włókna aferentne wywołują silniejszą reakcję w komórce postsynaptycznej, tym samym zastępując włókna niesprawne; 6) długofalowa aktywizacja potencjałów – szybko pojawiające się oraz utrzymywane zwiększenie skuteczności transmisji neuronowej przy danej synapsie (Pąchalska, 2007, 218–219).

² Klasyfikacja zaburzeń afatycznych wg A. Łurii obejmuje trzy postacie afazji ruchowej (1 – kinestetyczna //aferentna //dośrodkowo-ruchowa, 2 – kinetyczna //eferentna //odśrodkowo-ruchowa, 3 – dynamiczna), oraz dwa typy afazji słuchowej (1 – akustyczno-gnostyczna, 2 – akustyczno-mnesticzna) oraz afazję semantyczną (Łuria, 1967).

a) początkowa stymulacja chorego do ekspresji werbalnej – zastosowanie ciągu działań pobudzających pacjenta do takich form komunikowania się, które przebiegają w sposób całkowicie automatyczny oraz mimowolny;

b) bezsłowne ćwiczenia aparatu artykulacyjnego – zajęcia powinny być realizowane w dwóch wariantach (1 – próby naśladowania przez chorego poszczególnych schematów motoryki artykulacyjnej za terapeutą, 2 – próby wykonywania przez pacjenta określonych ruchów w obrębie aparatu wymowy wyłącznie na słowne polecenia oraz wskazówki terapeuty);

c) ćwiczenia przywracające zdolność artykułowania poszczególnych głosek w izolacji – wykorzystują one analizator wzrokowy celem utrwalenia artykulacji konkretnych dźwięków mowy; początkowo wprowadza się głoski wyraźnie różniące się między sobą sposobem artykulacji; z czasem główny nacisk kładzie się na różnicowanie dźwięków mowy o podobnych wzorcach artykulacyjnych;

d) próby scalania poszczególnych głosek w wyrazy – ćwiczenia polegające na utrwaleniu prawidłowego wzorca słuchowo-ruchowego danej nazwy; usprawnianie funkcji powtarzania oraz nazywania – stopniowe doprowadzanie do wyeliminowania zakłóceń i zniekształceń w obrębie wyrazu (tj. parafazje głoskowe, obrastanie słów, opuszczanie głosek słowa czy utrata stałości wzorca słuchowo-ruchowego danej nazwy);

e) tworzenie wypowiedzi rozwiniętych – próby formułowania zdań do obrazka sytuacyjnego oraz usprawnianie mowy dialogowo-opowieściowej w oparciu o uprzednio opanowane umiejętności językowe;

f) próby odbudowy zaburzonych czynności czytania oraz pisania – ćwiczenia polegające na przywróceniu oraz utrwaleniu wzrokowego obrazu danej litery; ćwiczenia analizy oraz syntezy dźwiękowo-literowej wyrazu.

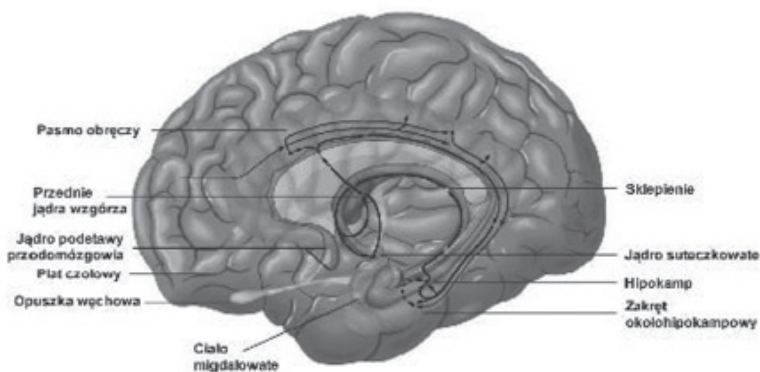
Zajęcia specjalistyczne z zakresu rehabilitacji funkcji językowych prowadzi się kilka razy dziennie, zaś długość pojedynczej sesji terapeutycznej wyznacza stan pacjenta – jego podatność na zmęczenie, stopień aktywności, głębokość zaburzeń językowych oraz innych deficytów współwystępujących, stopień motywacji podczas ćwiczeń itp. We wstępnej fazie terapeutycznej najistotniejsza jest próba nawiązania prawidłowego kontaktu emocjonalnego z samym chorym; podczas pierwszych prób nawiązania bliższej relacji z pacjentem najczęściej wykorzystuje się utrwalone przed chorobą zautomatyzowane ciągi słowne. W kolejnych tygodniach rehabilitacji mowy stopniowo przechodzi się do trudniejszych oraz bardziej złożonych ćwiczeń językowo-komunikacyjnych (Szumska, 1980).

ZABURZENIA EMOCJONALNE U CHORYCH PO USZKODZENIACH MÓZGU

Układ emocjonalny to automatyczny system awaryjny, który opiera się na procesach potrzebnych do szybkiej oceny wydarzeń w świecie zewnętrznym oraz

do natychmiastowej aktywizacji ograniczonej liczby wrodzonych wzorców zachowania (Pachalska, 2007, 387). W praktyce klinicznej zaburzenia emocjonalne rozpatrywane są w dwojaki sposób:

a) aspekt fizyczny /neurologiczny: płaszczyzna emocjonalna może ulec różnym zaburzeniom na skutek uszkodzenia układu limbicznego lub innych części mózgu powiązanych z tym układem w sposób dynamiczny (m.in. dolna i przyśrodkowa część płatów czołowych); w praktyce klinicznej charakterystyczne trzy podstawowe zespoły behawioralne o specyficznych objawach oraz ich zróżnicowanym nasileniu³;



Ryc. 1. Układ limbiczny (Herzyk, Borkowska, 2002)

b) aspekt psychiczny/psychologiczny: niejednokrotnie nagle występujący incydent neurologiczny staje się dla pacjenta przeżyciem wyjątkowo traumatycznym, w sposób negatywny wpływającym na jego funkcjonowanie psychiczne; nieumiejętność radzenia sobie z wyjątkowo trudną aktualną sytuacją zdrowotną wyzwała u chorego rozmaite reakcje emocjonalne⁴.

Dogłębna analiza zaburzeń emocjonalno-osobowościowych u pacjentów neurologicznych jest istotnym elementem niezbędnym do programowania kompleksowego programu usprawniania zaburzonych funkcji. Ewentualne wdrożenie

³ Zespoły behawioralne o podłożu neurologicznym: 1) zespół głębokiej apatii prawopółkulowej – charakteryzuje się brakiem jakiegokolwiek reakcji emocjonalnej na pojawiający się bodziec; 2) labilność emocjonalna – cechuje nieumiejętność panowania nad nieakceptowanymi społecznie emocjonalnymi reakcjami; 3) zespoły lękowe bądź depresyjne – objawiają się poczuciem głębokiego smutku lub zagrożenia bez konkretnie zaznaczonej przyczyny tego stanu (Pachalska, 2007).

⁴ Charakterystyczne reakcje emocjonalne o podłożu psychologicznym na podstawie obserwacji klinicznej: 1) apatia – stan wyraźnie zmniejszonej wrażliwości na bodźce emocjonalne oraz fizyczne; 2) reakcja katastroficzna – trudny do opanowania napad lęku graniczącego z paniką oraz rozpaczą; 3) reakcje lękowe bądź depresyjne (Herzyk, Borkowska, 2002).

rozmaitych technik psychoterapeutycznych pozwala na osiągnięcie szybszych rezultatów w procesie szeroko rozumianej rehabilitacji.

KRÓTKA SKALA SAMOOCENY DEPRESJI I LĘKU

W 2008 r. Andrzej Kokoszka opracował dosyć łatwe narzędzie do diagnozy przesiewowej zaburzeń depresyjnych oraz lękowych u pacjentów z chorobą cukrzycową.⁵ Specyficzna konstrukcja owej skali pozwala na wykorzystanie jej w badaniach klinicznych, uwzględniając ogół chorych z różnymi schorzeniami innymi niż cukrzyca. Wykonanie badania jest zdecydowanie mniej czasochłonne w porównaniu z innymi dostępnymi na rynku medycznym skalami o podobnym charakterze.⁶

Szkielet „Krótkiej Skali Samooceny Depresji i Lęku” opracowany przez A. Kokoszkę jest mało skomplikowany. Zawiera on dziesięć pozycji z zastosowaniem 11-punktowej skali z odpowiedziami mieszczącymi się od 0 do 10 punktów. Łączny wynik może wynosić maximum 100 punktów (maksymalnie 50 punktów w ramach pojedynczej podskali) – kwestionariusz pacjenta umieszczono w załączniku 1.

Pozycje uwzględnione w ramach Skali Depresji:

- 1) nastrój,
- 2) poczucie energii,
- 3) siła zainteresowań,
- 4) zdolność przeżywania przyjemności,
- 5) tempo myślenia i działania.

Pozycje uwzględnione w ramach Skali Lęku:

- 1) niepokój, napięcie psychiczne, zdenerwowanie,
- 2) lęk (uczucie zagrożenia bez konkretnego powodu) lub strach przed konkretnym zagrożeniem,
- 3) obawy, martwienie się czymś, co może się zdarzyć,

⁵ Tekst został opublikowany w czasopiśmie medycznym „Przewodnik Lekarza” (Kokoszka, 2008, 74–81).

⁶ Najczęściej stosowane testy psychometryczne w ocenie zaburzeń emocjonalnych: 1) „Szpitalna Skala Lęku i Depresji” – stosowana celem wykrycia lęku oraz depresji u chorych hospitalizowanych – nie psychiatrycznych; 2) „Skala Oceny Depresji Hamiltona” – stworzona na potrzeby psychiatrii; 3) „Skala Depresji Becka”; 4) „Skala Samooceny Wimbledon” – opracowana w celu oceny nastroju u pacjentów po udarze mózgowym; 5) „Inwentarz Neuropsychiatryczny” – ocena zaburzeń neuropsychiatrycznych stworzona dla chorych z otępieniem (Pachalska, 2007, 402).

4) uczucie napięcia fizycznego (wzmoczone napięcie mięśni, drżenie rąk, dolegliwości bólowe...),

5) chęć uniknięcia sytuacji wzbudzających lęk (ukrycia się, wycofania).

Ze względu na częste współwystępowanie w praktyce klinicznej zaburzeń depresyjno-lękowych u pacjentów z różnymi schorzeniami, w interpretacji powyższego badania uwzględnia się sumę wyników zaczerpniętych z obu podskali. Powstałe dane liczbowe dzielą się na trzy kategorie zaburzeń występujących na płaszczyźnie emocjonalnej:

I wyniki od 0 do 8 punktów: niskie nasilenie zaburzeń depresyjno-lękowych,

II wyniki od 9 do 27 punktów: przeciętne nasilenie zaburzeń depresyjno-lękowych,

III wyniki od 28 do 100 punktów: wysokie nasilenie zaburzeń depresyjno-lękowych.

PODSTAWOWE ZAŁOŻENIA ORAZ METODA OPISU

Głównym założeniem niniejszej publikacji jest ukazanie wpływu zaburzeń emocjonalnych na proces powrotu zaburzonych funkcji językowych wskutek niedawno przebytego udaru niedokrwiennego mózgu. Do tego celu wykorzystano dane kliniczne dwóch pacjentek, przyjętych w pierwszej połowie 2013 r. na Oddział Neurologiczny w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Hrubieszowie. Informacje początkowe (uzyskane na podstawie wywiadu medycznego, własnych obserwacji oraz przeprowadzonych badań specjalistycznych w pierwszych dniach pobytu chorych na oddziale) zestawiono z danymi końcowymi (otrzymanymi na podstawie powtórnie przeprowadzonych badań – po dziewięcioletnim intensywnym procesie usprawniania zaburzonych funkcji w ramach szpitalnej oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej). Po przeprowadzeniu dogłębnej analizy otrzymanego materiału badawczego zebrano oraz usystematyzowano wnioski końcowe.

CHARAKTERYSTYKA DWÓCH PRZYPADKÓW KLINICZNYCH

Dane z historii choroby

a. Pacjentka 1.

Dane personalne: pani Teresa – ur. 11.06.1948 r., zamężna, wykształcenie średnie techniczne, aktualnie rencistka (przyjęta do szpitala 19.05.2013r.).

Rozpoznanie kliniczne: udar niedokrwienny lewej półkuli mózgu /rozsiane ogniska naczyniopochodne w obu półkulach mózgu /miażdżyca tętnic

dogłowych /naciśnienie tętnicze /cukrzyca t. 2 /zaburzenia rytmu serca /hipercholesterolemia /nawykowe zwichnięcie prawego stawu barkowego.

CT: leukoarajoza okołokomorowa /ogniska hypodensyjne bardziej zaznaczone po stronie lewej półkuli mózgu oraz najpewniej poszerzone przestrzenie okołonaczyniowe.

b. pacjentka 2.

Dane personalne: pani Zofia – ur. 08.03.1931r., wdowa, wykształcenie średnie techniczne, aktualnie rencistka (przyjęta do szpitala 31.07.2013r.).

Rozpoznanie kliniczne: naczyniowe uszkodzenie mózgu /niedowład połowiczny prawostronny ustępujący /miażdżyca tętnic szyjnych /przewlekła niewydolność krążenia /choroba niedokrwienna serca /naciśnienie tętnicze /niedomykalność zastawki mitralnej oraz płucnej /choroba zwyrodnieniowa stawów.

CT: drobne ognisko wzmocnienia kontrastowego w okolicy podstawnej płata czołowego prawego bez wyraźnego obrzęku /drobne zmiany hypodensyjne położone w obrębie obu półkul mózgu, mogące odpowiadać ogniskom naczyniopodobnym przy współistnieniu poszerzonych przestrzeni okołonaczyniowych.

Wstępne badanie funkcji językowych

W początkowym stadium rehabilitacji neurologicznej obie pacjentki prezentowały podobne zaburzenia na płaszczyźnie językowej (przybierały one charakter afazji o typie motoryczno-kinestetycznym).

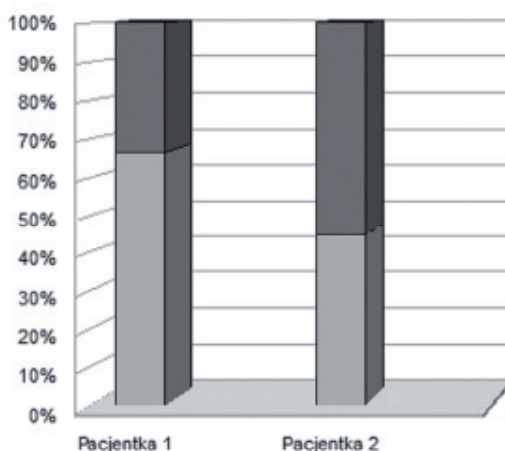
Tab. 1. Wyszczególnienie występujących u dwu pacjentek nieprawidłowości⁷

Funkcje językowe		Pacjentka 1.	Pacjentka 2.
I Realizacja automatyzmów		1	1
II Proces powtarzania	a) głosek w izolacji	2	1
	b) sylab	2	2
	c) wyrazów	3	2
	d) sekwencji słów	3	2
	e) pojedynczych zdań	3	2
III Proces nazywania		3	2
IV Mowa spontaniczna	a) długość frazy	3	2

⁷ Badanie najistotniejszych funkcji językowych przeprowadzono w oparciu o zeszyty W. Łuckiego (Łucki, 1995).

	b) formy gramatyczne	2	2
	c) parafazje	3	2
	d) prozodia wypowiedzi	2	1
	e) zrozumiałość wypowiedzi	3	2
V Słuch fonematyczny		1	0
VI Procesy rozumienia	a) rozumienie poleceń oraz pojedynczych nazw	1	0
	b) rozumienie konstrukcji składniowych	1	1
	c) rozumienie konstrukcji fleksyjnych	1	1
	d) rozumienie przeciwieństw	0	0
	e) rozumienie znaczeń metaforycznych	2	1
VII Proces pisania		3	2
VIII Proces czytania		3	2
IX Świadomość deficytów język.		0	0
	Razem	42	28

Cyfry arabskie oznaczają stopień nasilenia występujących zaburzeń, gdzie: 0 – brak zaburzeń; 1 – zaburzenia o lekkim nasileniu; 2 – zaburzenia o umiarkowanym nasileniu; 3 – zaburzenia o głębokim nasileniu.



Ryc. 2. Procentowy udział zaburzeń językowych

Według powyższych danych przy maksymalnych zaburzeniach wszystkich wymienionych funkcji językowych badany jest w stanie uzyskać łącznie 63 punkty. Otrzymane wyniki są następujące:

pacjentka 1. łącznie otrzymała 42 punkty (płaszczyzna językowa zaburzona w 66,67% – pole jaśniejsze na wykresie; niezaburzone funkcje językowe stanowią 33,33% – pole ciemniejsze na wykresie);

pacjentka 2. łącznie otrzymała 28 punktów (płaszczyzna językowa zaburzona w 44,44% – pole jaśniejsze na wykresie; niezaburzone funkcje językowe stanowią 55,56% – pole ciemniejsze na wykresie).

Wstępna ocena zaburzeń depresyjno-lękowych

We wstępnej fazie procesu rehabilitacji neurologicznej pacjentki zostały również poddane ocenie zaburzeń depresyjno-lękowych (do tego celu wykorzystano „Krótką Skalę Samooceny Depresji i Lęku” opracowaną przez A. Kokoszkę). Ze względu na wyraźne zaburzenia procesów czytania oraz pisania w przypadku obu badanych, poszczególne etapy skali samooceny prezentowano w wersji ustnej. W badaniu uczestniczyła jedna osoba z najbliższej rodziny pacjentek, która była w stanie porównać i ocenić płaszczyznę emocjonalną sprzed oraz po wystąpieniu incydentu neurologicznego – pełniła ona funkcję pomocniczą dla zespołu terapeutycznego. Względnie niezaburzone rozumienie komunikatów werbalnych umożliwiało chorym przystąpienie do testu samooceny.

Tab. 2. Wyniki testu samooceny niezaburzonego rozumienia komunikatów werbalnych obu pacjentek

Osoby badane:	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X
Pacjentka 1.	0	0	3	1	2	0	0	0	0	0
Pacjentka 2.	7	6	6	6	8	7	5	5	5	5

Pacjentka 1. łącznie uzyskała 6 punktów (niskie nasilenie zaburzeń depresyjno-lękowych);

Pacjentka 2. łącznie uzyskała 60 punktów (wysokie nasilenie zaburzeń depresyjno-lękowych).

Kompleksowe usprawnianie zaburzonych funkcji

Obie pacjentki otrzymały identyczną kartę zleceń terapeutycznych w pierwszych dniach pobytu na oddziale. Wdrożono rehabilitację z zakresu kinezyterapii

(ćwiczenia ruchowe z zakresu motoryki dużej)⁸, terapii manualnej (usprawnianie motoryki małej) oraz terapii neurologopedycznej (przywracanie zaburzonych funkcji językowych). Kompleksowe zajęcia specjalistyczne odbywały się nieprzerwanie przez dziewięć tygodni – jedynie niedziela była dniem przeznaczonym wyłącznie na odpoczynek. W obu przypadkach terapia neurologopedyczna zaprogramowana została w podobny sposób (z uwagi na tożsamy charakter zaburzeń językowych u pacjentek).⁹

Pacjentka 1. chętnie współpracowała z personelem medycznym podczas procesu szeroko pojętej rehabilitacji – ambicja, wyjątkowa wytrwałość oraz wewnętrzny upór szybko przyczyniały się do pojawienia się pierwszych sukcesów terapeutycznych. Współpraca z pacjentką 2. przebiegała jednak zdecydowanie gorzej: z powodu zaburzeń depresyjno-lękowych o wysokim nasileniu chora początkowo praktycznie nie przystępowała do procesów usprawniania funkcji motoryczno-językowych. Pacjentka nie wierzyła w skuteczność prowadzonej reedukacji, nie potrafiła odnaleźć wewnętrznej motywacji do ćwiczeń terapeutycznych. Dodatkowo pojawiały się ataki hysterii, nieuzasadnione zaburzenia lękowe oraz okresy wzmożonej płaczliwości – zwłaszcza w trakcie działań reedukacyjnych. Z tego względu podjęto zajęcia z zakresu psychoterapii. Pozytywne efekty pracy psychologicznej osiągnięto już po upływie tygodnia – pacjentka z własnej inicjatywy podjęła pierwsze próby współpracy z resztą personelu medycznego. Zaczęła w sposób systematyczny uczęszczać na zajęcia z kinezyterapii oraz aktywnie uczestniczyć w terapii neurologopedycznej. Po kilkunastu dniach wzmożonej pracy terapeutycznej pojawiły się pierwsze drobne sukcesy językowe; możliwości z zakresu motoryki dużej również stopniowo poprawiły się. Chora do końca trwania procesu rehabilitacji uczestniczyła w psychoterapii indywidualnej.

V. Powtórne badanie funkcji językowych

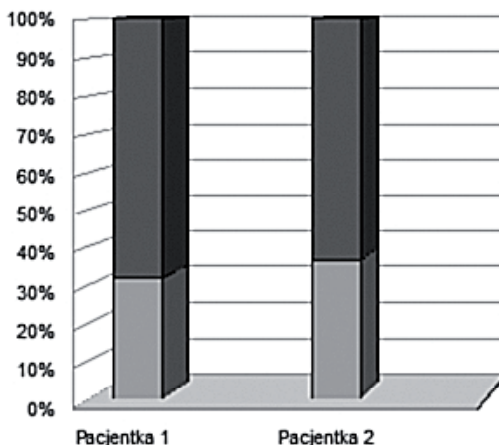
Ponowna ocena możliwości językowych została przeprowadzona w dziewięcym tygodniu intensywnej pracy reedukacyjnej.

⁸ Odpowiednio dobrane ćwiczenia są podstawowym filarem kompleksowego procesu rehabilitacji poudarowej. Ich celem jest przywrócenie odpowiednich wzorców ruchowych, uzyskanie prawidłowej pionizacji oraz usprawnienie samodzielnej lokomocji i samoobsługi (Laidler, 2004).

⁹ Prowadzona terapia neurologopedyczna koncentrowała się na redukcji deficytów językowych związanych z afazją motoryczno-kinestetyczną; zastosowana metodyka ćwiczeń terapeutycznych została opisana w części teoretycznej niniejszej publikacji (patrz rozdz. 2).

Tab. 3. Wyniki oceny możliwości językowych w 9. tygodniu rehabilitacji obu pacjentek

Funkcje językowe		Pacjentka 1.	Pacjentka 2.
I Realizacja automatyzmów		0	0
II Proces powtarzania	a) głosek w izolacji	0	0
	b) sylab	0	1
	c) wyrazów	1	2
	d) sekwencji słów	2	2
	e) pojedynczych zdań	2	2
III Proces nazywania		2	2
IV Mowa spontaniczna	a) długość frazy	2	2
	b) formy gramatyczne	1	2
	c) parafazje	2	2
	d) prozodia wypowiedzi	1	1
	e) zrozumiałość wypowiedzi	2	2
V Słuch fonetyczny		0	0
VI Procesy rozumienia	a) rozumienie poleceń oraz pojedynczych nazw	0	0
	b) rozumienie konstrukcji składniowych	0	0
	c) rozumienie konstrukcji fleksyjnych	0	0
	d) rozumienie przeciwieństw	0	0
	e) rozumienie znaczeń metaforycznych	1	1
VII Proces pisania		2	2
VIII Proces czytania		2	2
IX Świadomość deficytów język.		0	0
	Razem	20	23



Ryc. 3. Procentowy udział zaburzeń językowych

Pacjentka 1. łącznie otrzymała 20 punktów (płaszczyzna językowa zaburzona w 31,74% – pole jaśniejsze na wykresie; niezaburzone funkcje językowe stanowią 68,26% – pole ciemniejsze na wykresie);

Pacjentka 2. łącznie otrzymała 23 punkty (płaszczyzna językowa zaburzona w 36,51% – pole jaśniejsze na wykresie; niezaburzone funkcje językowe stanowią 63,49% – pole ciemniejsze na wykresie).

Analizie porównawczej poddano wyniki początkowe (otrzymane we wstępnej fazie procesu rehabilitacji) oraz powtórne (uzyskane w ostatnim tygodniu procesu reedukacji). Na ich podstawie stwierdzono, że możliwości językowe obu pacjentek poprawiły się.

Pacjentka 1. – możliwości językowe wzrosły aż o 34,93%;

Pacjentka 2. – możliwości językowe wzrosły tylko o 7,93%.

Ponowna ocena zaburzeń depresyjno-lękowych

W końcowej fazie procesu rehabilitacji pacjentki po raz kolejny zostały poddane ocenie zaburzeń o charakterze depresyjno-lękowym (autorstwa prof. dr hab. n. med. A. Kokozki). Wyraźna poprawa możliwości językowo-komunikacyjnych oraz usprawnienie umiejętności czytania sprawiły, że poszczególne etapy skali samooceny tym razem prezentowano w obu wersjach (pisemnej i ustnej).

Tab. 4. Wyniki skali samooceny zaburzeń depresyjno-lękowych obu pacjentek

Osoby badane:	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X
Pacjentka 1.	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0
Pacjentka 2.	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1

Pacjentka 1. łącznie uzyskała 3 punkty (niskie nasilenie zaburzeń depresyjno-lękowych);

Pacjentka 2. łącznie uzyskała 13 punktów (przeciętne nasilenie zaburzeń depresyjno-lękowych).

Ponownie dokonano analizy porównawczej, zestawiając wyniki początkowe (otrzymane na początku procesu usprawniania) oraz powtórne (uzyskane w końcowej fazie rehabilitacji). Na ich podstawie stwierdzono, że płaszczyzna emocjonalno-osobowościowa obu pacjentek wyraźnie poprawiła się:

Pacjentka 1. – odnotowano zmniejszenie zaburzeń depresyjno-lękowych o 3%;

Pacjentka 2. – odnotowano zmniejszenie zaburzeń depresyjno-lękowych aż o 47%.

PODSUMOWANIE

Pacjentka 1., u której stwierdzono poważniejsze zakłócenia na podłożu językowym, osiągnęła zdecydowanie lepsze efekty pracy neurologopedycznej. Brak dodatkowych zaburzeń poznawczych spowodował, że osoba ta bardziej koncentrowała się na współpracy z terapeutą mowy podczas sesji terapeutycznych oraz szybciej opanowywała poszczególne umiejętności językowe. Zupełnie inaczej odbywała się współpraca terapeutyczna z pacjentką 2. Do momentu uspokojenia oraz wyciszenia sfery emocjonalnej chora nie była w stanie uczestniczyć w innych zajęciach usprawniających – rozpoczęta z opóźnieniem terapia neurologopedyczna przebiegała u niej zdecydowanie wolniej oraz mniej efektywnie.

Wnioski końcowe: głębokie zaburzenia o charakterze depresyjno-lękowym wymagają natychmiastowej interwencji psychologicznej; wszelkie próby usprawniania występujących nieprawidłowości na podłożu językowo-komunikacyjnym, nieuwzględniające zaburzonej płaszczyzny emocjonalno-osobowościowej, nie przynoszą pożądanych efektów.

Załącznik 1.

„Krótka Skala Samooceny Depresji i Lęku” – prof. dr hab. n. med. Andrzej Kokoszka

Imię i nazwisko pacjenta:

Data badania:

Proszę ocenić swoje samopoczucie na załączonych poniżej skalach przez umieszczenie symbolu X w wybranym miejscu skali.

Obecne samopoczucie należy porównywać z wcześniejszym (z którego jest lub w przeszłości był Pan/i zadowolony/a).

Cyfra 10 oznacza największe nasilenie ocenianej cechy, jakie jest Pan/i w stanie sobie wyobrazić.

I. Nastroj

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
dobry		umiarkowanie smutny			smutny		bardzo smutny			skrajnie smutny

II. Poczucie smutni

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
dobry		umiarkowanie źle			źle		bardzo źle			skrajnie źle

III. Siła zainteresowań

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
znacznie		umiarkowanie osłabione			znacznie osłabione		bardzo osłabione			skrajnie źle

IV. Kształotę percepcji i przyjmowania

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
znacznie		umiarkowanie osłabione			znacznie osłabione		bardzo osłabione			skrajnie źle

V. Tempo myślenia i działania

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
znacznie		umiarkowanie osłabione			znacznie osłabione		bardzo osłabione			skrajnie osłabione

VI. Napiętość, napięcie psychiczne, zaburzenia

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
źle		umiarkowanie			źle		bardzo źle			skrajnie

VII. Lekt (uczucie napięcia lub hamowania głosu) lub strach przed hamowaniem wypowiedzi

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
brak		nieznaczny			średni			bardzo średni		ciężki

VIII. Obawy, martwienie się czymś, co się może zdarzyć

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
brak		nieznaczny			średni			bardzo średni		ciężki

IX. Uczucie napięcia fizycznego, w ciele (uczucie napięcia mięśni, drżenie rąk, obłądności bólowe itp.)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
brak		nieznaczny			średni			bardzo średni		ciężki

X. Ciężki unikanie sytuacji wywołujących lęk (ukrycie się, wycofanie)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
brak		nieznaczny			średni			bardzo średni		ciężki

BIBLIOGRAFIA

- Herzyk A., Borkowska A., 2002, *Neuropsychologia emocji – poglądy, badania, klinika*, Wyd. UMCS, Lublin.
- Kokoszka A., 2008, *Krótką Skala Samooceny Depresji i Lęku. Opis konstrukcji oraz właściwości psychometryczne dla osób z cukrzycą*, „Przewodnik Lekarza”, s. 74–81.
- Laidler P., 2004, *Rehabilitacja po udarze mózgu. Zasady i strategia*, Wyd. Lek. PZWL, Warszawa.
- Łucki W., 1995, *Zestaw prób do badania procesów poznawczych u pacjentów z uszkodzeniami mózgu*, z. A–C, Warszawa.
- Łuria A. R., 1967, *Zaburzenia wyższych czynności korowych wskutek ogniskowych uszkodzeń mózgu. Wprowadzenie do neuropsychologii*, Warszawa.
- Maruszewski M., 1974, *Chory z afazją i jego usprawnianie*, Warszawa.
- Pąchalska M., 2003, *Diagnoza chorego z afazją. Terapia chorego z afazją*, [w:] *Logopedia – pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*, t. 2, *Zaburzenia komunikacji językowej u dzieci i osób dorosłych*, red. T. Gałkowski i G. Jastrzębowska, Opole, s. 611–771.
- Seniów J., Nowakowska M. T., 1978, *Metody rehabilitacji chorych z zaburzeniami ekspresji słownej*, [w:] *Rehabilitacja chorych z afazją*, red. M. T. Nowakowska, Wrocław–Warszawa–Kra-ków–Gdańsk, s. 31–66.
- Strachalska B., 2002, *Ćwiczenia usprawniające aktualizację wyrazów w mowie osób z afazją*, Wyd. APS, Warszawa.
- Szumaska J., 1980, *Metody rehabilitacji afazji*, PAN, Warszawa.