

MAGDALENA BURY
Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin
Studia Doktoranckie, Wydział Pedagogiki i Psychologii

Dynamika obrazu zaburzeń językowych, poznawczych i emocjonalno-społecznych u pacjenta po urazie czaszkowo-mózgowym

**The dynamics of the image of linguistic, cognitive, and socio-emotional
disorders in case of a patient after a craniocerebral trauma**

STRESZCZENIE

Konsekwencje pourazowych uszkodzeń mózgu charakteryzują się różnorodnością i dynamiką objawów patologicznych, do których zalicza się: zakłócenia funkcji wegetatywnych, ograniczenie sprawności motorycznych, zaburzenia mowy oraz innych czynności poznawczych, trudności w funkcjonowaniu emocjonalno-społecznym. Na stan kliniczny chorego dodatkowo mogą wpływać inne powikłania neurologiczne, np. padaczka. Celem niniejszej pracy była ocena poznawczego i emocjonalno-społecznego funkcjonowania mężczyzny po urazie czaszkowo-mózgowym na przestrzeni czterech lat od wypadku. Pierwsze badanie przeprowadzono w pierwszym roku zdrowienia (w ósmym miesiącu po urazie), a drugie po kolejnych trzech latach. W procedurze badawczej zastosowano wybrane testy neuropsychologiczne oraz próby eksperymentalno-kliniczne do oceny czynności językowych. Uzyskane wyniki wykazały występowanie utrzymujących się objawów afazji motoryczno-dynamicznej i łagodnych zaburzeń poznawczych. W okresie trzech lat, pomimo systematycznej terapii, stwierdzono tylko nieznaczną poprawę procesów pamięciowych przy wyraźnym pogorszeniu się funkcjonowania w kontekście społeczno-kulturowym.

Słowa kluczowe: uraz czaszkowo-mózgowy, zaburzenia procesów poznawczych, afazja motoryczno-dynamiczna, zaburzenia emocjonalno-społeczne.

SUMMARY

The consequences of the post-traumatic brain injuries are characterized by diversity and dynamics of pathological symptoms, which include: disturbances of vegetative functions, limitations of motor functions, disorders of speech as well as other cognitive activities, difficulties with socio-emotional functioning. Additional neurological complications, such as epilepsy, can additionally

influence the clinical condition of the patient. The aim of this work was the assessment of the socio-emotional functioning of a man after a craniocerebral trauma over the four-year period after the accident. The first test was conducted in the first year of recovery (in the eighth month after the trauma) and the second in the following three years. In the scientific research procedure selected neuropsychological tests as well as experimental clinical trials were used to assess the linguistic activities. The obtained results demonstrated the occurrence of persisting symptoms of dynamic motor aphasia and mild cognitive disorders. During the three-year period, despite the systematic therapy, only a slight improvement of memory processes was identified with a clear decline of functioning in the socio-cultural context.

Key words: craniocerebral trauma, disorders of cognitive processes, dynamic motor aphasia, socio-emotional disorders.

WSTĘP

Ocena neuropsychologiczna i neurologopedyczna osób po wypadkach komunikacyjnych w związku z różnorodnością występujących u nich zaburzeń poznawczych, językowych oraz emocjonalno-społecznych wymaga dokładnego rozpoznania mechanizmów rządzących funkcjonowaniem człowieka. Wielowymiarowa i systematyczna terapia osób po urazach czaszkowo-mózgowych uruchamia działanie mechanizmów kompensacyjnych i poprawę funkcjonowania poznawczego i społeczno-emocjonalnego. Jednak człowiek, jako jednostka biologiczna osadzona w kontekście społecznym, często dysponuje niewystarczającymi zasobami odpornościowymi wobec wymagań środowiska. Dlatego też proces zdrowienia należy rozpatrywać szerzej w perspektywie holistyczno-funkcjonalnej – nie tylko jako odbudowę utraconych sprawności, ale jako wzajemną relację, która zachodzi pomiędzy procesami biologicznymi człowieka oraz między jednostką i jej środowiskiem.

Niniejszy artykuł podejmuje problem dynamiki funkcjonowania pacjenta z afazją motoryczną-dynamiczną w przeciągu czterech lat po zaistnieniu incydentu neurologicznego. Metoda studium przypadku w perspektywie danych longitudinalnych pozwala opisać odległe konsekwencje urazu czaszkowo-mózgowego.

SPECYFIKA URAZU CZASZKOWO-MÓZGOWEGO

Urazowe uszkodzenie mózgu (TBI, *traumatic brain injury*) należy do najczęstszych przyczyn śmierci i trwałej niepełnosprawności osób w wieku poniżej 45 lat (Fisher, Phillips, 2006; za: Morris, 2014). Powstaje w następstwie nagłego zadziałania na głowę energii mechanicznej o sile przekraczającej zdolności adaptacyjne czaszki i opon mózgowych, co powoduje znaczne zmiany w funkcjonowaniu ośrodkowego układu nerwowego, wynikające albo z uszkodzenia struktur mózgowych, albo z zaburzeń czynnościowych związanych z za-

klóceniem chemicznej i elektrycznej homeostazy w mózgu (Pąchalska, 2007). W literaturze podkreśla się fakt, że ze względu na znaczne różnice w zakresie rezerw mózgowych i poznawczych, taki sam uraz może powodować u jednych osób umiarkowane problemy, zaś u innych całkowitą niesprawność (Stern, 2002).

Urazy czaszkowo-mózgowe charakteryzują się wielorakimi konsekwencjami neurologicznymi. Ich skutkiem może być upośledzenie wszelkich funkcji czuciowych, ruchowych oraz funkcji układu autonomicznego, co doprowadza zwykle do długotrwałych następstw, takich jak zaburzenia ruchowe, napady padaczki, bóle głowy, zaburzenia widzenia i zaburzenia snu (Morris, 2014).

Kliniczne i neuropsychologiczne następstwa urazu mózgu można podzielić na:

- 1) pierwotne – pojawiające się w momencie zadziałania energii na czaszkę;
- 2) wtórne – rozwijające się w różnym tempie powikłania wewnątrzczaszkowe o zróżnicowanych mechanizmach; wyróżnia się wśród nich: krwiaki śródmózgowe, niedokrwienie mózgu, obrzęk mózgu, uszkodzenia włókien nerwowych, błony komórkowej i samego ciała komórek nerwowych;
- 3) odległe – pojawiające się kilka miesięcy po przebytych urazach i przybierające najczęściej postać zespołów podmiotowych, zespołów przedmiotowych lub przedmiotowo-podmiotowych (Kądzielawa, 2003; Pąchalska, 2007).

Szacuje się, że u ok. 60% pacjentów po urazach czaszkowo-mózgowych występują zaburzenia poznawcze o różnym charakterze i nasileniu. Nawet w przypadkach łagodnych urazów mózgu u 43% chorych stwierdza się deficyty neuropsychologiczne (Benedictus, za: Roessler-Górecka i in., 2013). Zaburzenia poznawcze pojawiające się wskutek dysfunkcji mózgowych stanowią dla chorego główną przeszkodę na drodze do samodzielnego funkcjonowania przez ponowne przystosowanie do życia w społeczeństwie. Do typowych objawów zalicza się: zaburzenia funkcji wykonawczych i uwagi, pamięci oraz uczenia się, a także mowy (McAllister, 2009). Oprócz deficytów poznawczych wśród najczęstszych skutków wypadków komunikacyjnych wymienia się zaburzenia afektywne, zaburzenia relacji społecznych oraz niewywiązywanie się z wcześniej pełnionych ról społecznych. Co istotne, uraz czaszkowo-mózgowy w sposób znaczący i długotrwały oddziałuje na jakość życia pacjentów. TBI ma większy wpływ na czynniki psychospołeczne niż na ogólny stan somatyczny chorych, co świadczy o kumulujących oddziaływaniach urazu na całość funkcjonowania człowieka. U ponad 80% chorych z uszkodzeniami mózgu w następstwie urazów głowy problemy emocjonalne i behawioralne w sposób istotny wpływają na funkcjonowanie całej rodziny (Jaracz, Kozubski, 2008). Otoczenie chorego może być z jednej strony istotnym źródłem wsparcia, buforem dla negatywnych skutków stresu i krytycznych wydarzeń, z drugiej jednak – przy braku współpracy ze strony rodziny może przyczynić się do opóźnienia lub nawet zaburzenia procesu powracania do zdrowia (Laskowska i in., 2005).

Badania pokazują, iż pacjenci z TBI wykazują tendencję do niedoszacowania rzeczywistych problemów, bądź przeciwnie – do ich wyolbrzymiania. Obraz zaburzeń bywa wyolbrzymiany również ze względu na obserwowaną u wielu z nich tendencję do pomniejszania trudności w funkcjonowaniu, których doświadczali przed chorobą i wiązania wszelkich bieżących problemów z urazem (Roessler-Górecka i in., 2013). Zmiany struktury osobowości, przejawiające się impulsywnością, drażliwością, niestabilnością afektywną, brakiem wglądu i apatią, są powszechne u osób po urazie czaszkowo-mózgowym. Mogą one przybierać postać nasilających się cech sprzed wypadku lub zasadniczych zmian we wzorcach zachowań (McAllister, 2008).

Do głównych zaburzeń emocjonalnych pojawiających się jako następstwo organicznej dysfunkcji mózgu zalicza się zarówno objawy o cechach afektywnych: niepokój, podniecenie, pobudzenie, rozhamowanie emocjonalne, stany euforii, manii, oraz o cechach pasywnych: aspontaniczność, spowolnienie psycho-ruchowe, utrata zainteresowania otoczeniem, wzmożona męczliwość, apatia i depresja. Pacjenci mogą prezentować też objawy egocentryzmu, labilności emocjonalnej, negatywnego nastawienia do rzeczywistości, niewrażliwości na innych, wielomówności (Laskowska i in., 2005).

Spektrum objawów poznawczych, emocjonalnych i behawioralnych występujących po uszkodzeniach mózgu jest bardzo szerokie. Ze względu na złożony charakter patomechanizmów, jak również samych funkcji mózgowych mają one często trudny do oceny wpływ na funkcjonowanie pacjenta po incydencie neurologicznym.

CHARAKTERYSTYKA KLINICZNA PACJENTA

Analizie poddano przypadek 33-letniego pacjenta, który doznał urazu czaszkowo-mózgowego wskutek wypadku komunikacyjnego. Stan psychofizyczny pacjenta przed incydem neurologicznym oceniono jako dobry. Badany mężczyzna miał wykształcenie wyższe, wychowywał się w rodzinie pełnej. Przed incydem drogowym pełnił wiele ról społecznych, z których wywiązywał się dobrze.

Skutkiem urazu głowy były złamania kości twarzoczaszki, krwiaki w obu płatach czołowych i lewym płacie ciemieniowym, krwotok podtwardówkowy, obrzęk mózgu, odma opłucnowa lewostronna i ostra niewydolność oddechowa, złamania prawej kości piętowej. Wystąpił niedowład połowiczny prawostronny. W trakcie kilkumiesięcznej hospitalizacji stwierdzono u pacjenta zespół depresyjny: patologicznie obniżony nastrój smutku, pesymizm, spowolnienie, ruchowe, spadek wydolności procesów intelektualnych. Po trzech miesiącach od wypadku u pacjenta wystąpiły napady padaczkowe o charakterze toniczno-klonicznym.

Utrzymująca się padaczka pourazowa objawia się atakami z utratą przytomności lub bez. Po napadzie u chorego wraca częściowy niedowład połowiczy prawostronny.

Po ustabilizowaniu się stanu klinicznego chory został poddany terapii kinetycznej, psychologicznej, neurologopedycznej i zajęciowej. W wyniku badania logopedycznego stwierdzono objawy zaburzeń mowy mieszczące się w spektrum afazji motorycznej dynamicznej. Mechanizmy zaburzeń czynności mowy dotyczą zarówno programowania wypowiedzi rozwiniętych – deficyty mowy wewnętrznej, jak i realizacji jednostek językowych w płaszczyźnie segmentalnej (głoskowej) i suprasegmentalnej (prozodycznej).

Żona, siostry i rodzice badanego mężczyzny stanowią istotny system wsparcia społecznego. Chory stara się samodzielnie troszczyć o swój byt. Nie jest jednak w stanie być jednostką całkowicie niezależną. Decyzję o niepodejmowaniu pracy zawodowej motywuje utrzymującymi atakami padaczki. Do niedawna był aktywnym wolontariuszem, pracującym na rzecz mediów. Obecnie zauważalne jest duże nasilenie apatii i adynamii.

ZASTOSOWANE METODY BADAWCZE

Badania diagnostyczne zostały przeprowadzone w Zakładzie Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego UMCS w Lublinie¹. Pacjent został poddany procedurze badawczej dwukrotnie: w styczniu 2012 r. oraz po upływie trzech lat w styczniu 2015. Diagnoza przebiegała podczas cotygodniowych spotkań z pacjentem. W badaniu zastosowano następujące narzędzia psychometryczne.

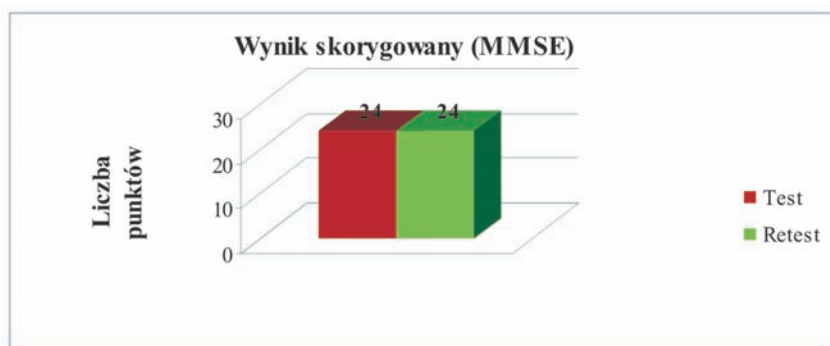
1. *Krótką Skala Oceny Stanu Umysłowego* (Minimental – MMSE) – kliniczny test przesiewowy, który służy ocenie stanu psychicznego pacjenta (S. Kotapka-Minc, 2007);

2. *Test Uwagi i Spostrzegawczości* (TUS) – wersja 3/8, który polega na wykreśleniu w czasie trzech minut zadanych symboli spośród innych podobnych (Ciechanowicz, Stańczak, 2006);

3. *Kalifornijski Test Uczenia się Językowego* (CVLT), który służy do pomiaru zdolności uczenia się i zapamiętywania materiału werbalnego (Łojek, Stańczak, 2010).

4. *Test Płynności Figuralnej Ruffa* (RFFT), który mierzy płynność niewerbalną rozumianą jako sprawność tworzenia nowych wzorów w ograniczonym czasie (Łojek, Stańczak, 2005).

¹ Chory jest pacjentem Uniwersyteckiej Pracowni Logopedycznej Zakładu Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego UMCS w Lublinie, gdzie od czterech lat korzysta z systematycznej terapii neurologopedycznej prowadzonej przez wolontariuszy – studentów logopedii i audiologii – pod merytoryczną opieką dr hab. Jolanty Panasiuk.



Ryc. 1. Wyniki badania przy użyciu *Krótkiej Skali Oceny Stanu Umysłowego*. Słupki czerwone pokazują wyniki pacjenta osiągnięte w trakcie badania w styczniu 2012 r., natomiast słupki zielone to przedstawienie rezultatów badań w styczniu 2015 r.

5. *Kwestionariusz Kompetencji Społecznych (KKS)*, który pozwala ocenić kompetencje społeczne rozumiane jako nabyte umiejętności warunkujące efektywność funkcjonowania człowieka w różnych sytuacjach społecznych (Matczak, 2001);

Pacjent został również dwukrotnie przebadany próbami eksperymentalno-klinicznymi do oceny sprawności narracyjnych, które polegały m.in. na przedstawieniu swojego życiorysu. Wypowiedź przeanalizowano pod kątem jakościowym, koncentrując się na walorach poznawczych i językowych.

WYNIKI BADAŃ

Poniżej przedstawiono wyniki z przeprowadzonych testów psychologicznych i próby eksperymentalno-klinicznej. Pierwszym wykonywanym zadaniem była *Krótką Skala Oceny Stanu Umysłowego*, jest to narzędzie przesiewowe pozwalające stwierdzić pierwsze symptomy otępienia.

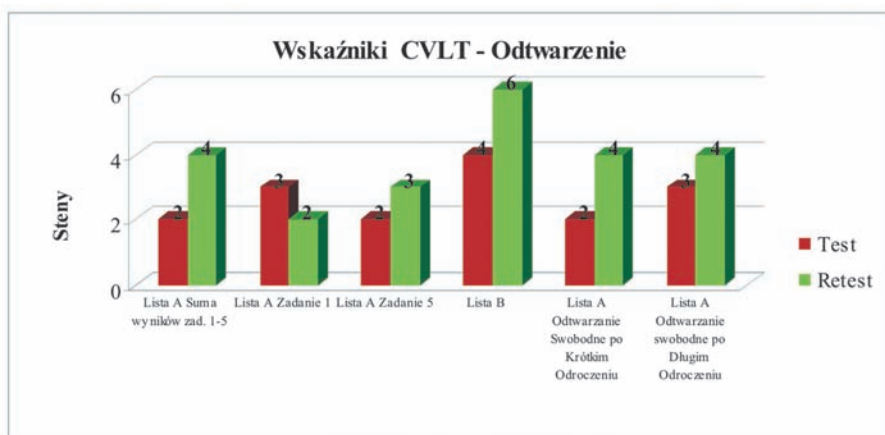
Dane zawarte w wykresie mogą świadczyć o utrzymujących się łagodnych zaburzeniach poznawczych (MCI). Kryteria potrzebne do zdiagnozowania MCI (Albert i in., 2011, za: Talarowska i in. 2011) wydają się właściwe dla analizowanego pacjenta: badany nie funkcjonuje prawidłowo, ale nie stwierdza się u niego otępienia. Utrzymują się natomiast oznaki osłabienia funkcjonowania poznawczego przy zachowanej zdolności do wykonywania czynności życia codziennego. Wykonywanie złożonych czynności instrumentalnych jest zachowane lub minimalnie osłabione.

Tabela 1. przedstawia rezultaty osiągnięte za pomocą *Testu Uwagi i Spostrzegawczości*.

Tab. 1. Wyniki badania *Testem Uwagi i Spostrzegawczości (TUS)* wersja 3/8

Wskaźniki TUS	Test	Retest
Szybkość przetwarzania (steny)	4	4
Liczba błędów (procenty)	6	93
Liczba opuszczeń (kwartyle)	3	3

W *Teście Uwagi i Spostrzegawczości* zauważalna jest tendencja do utrzymywania się tych samych wyników na przestrzeni trzech lat. We wskaźniku szybkości pracy percepcyjnej zarówno w teście, jak i w retestie badany osiągnął wynik przeciętny z tendencją do wyników niskich. Oznacza to, że pacjent dość wolno przegląda materiał percepcyjny. Jeśli chodzi o zawodność percepcji, czyli liczbę popełnianych błędów, to pierwsze badanie dowodziło dość słabo rozwiniętej zdolności różnicowania materiału wzrokowego. Po trzech latach rezultat ten poprawił się. Natomiast umiejętność dostrzegania istotnych bodźców – wskaźnik zawodności uwagi – tylko u jednej czwartej osób w podobnym wieku funkcjonuje lepiej niż u osoby badanej. Wynik ten utrzymuje się po trzech latach od pierwszego badania.

Ryc. 2. Wyniki badania przy użyciu *Kalifornijskiego Testu Uczenia się Językowego*

Rycina 2. obrazuje wyniki osiągnięte za pomocą *Kalifornijskiego Testu Uczenia się Językowego*, a dokładniej wskaźniki związane z odtwarzaniem. W badaniu przeprowadzonym przy użyciu *Kalifornijskiego Testu Uczenia się Językowego* pacjent uzyskał zróżnicowane wyniki. Większość z nich mieściła się w zakresie rezultatów niskich i przeciętnych. W badaniu wcześniejszym wyniki

pacjenta wskazywały na występowanie znacznych problemów z pamięcią krótkotrwałą materiału werbalnego, a także na niską efektywność procesu uczenia się prezentowanych bodźców. Rezultaty uzyskane w trakcie ponownego badania świadczą o zwiększonym zakresie pamięci operacyjnej. Efektywność uczenia się prezentuje się lepiej w trakcie retestu niż testu, choć w dalszym ciągu są to wyniki z przedziału niskich.

W trakcie pierwszego wykonania zadania badany wykazywał stosunkowo niewielką odporność na interferencyjny wpływ nowo wyuczonego materiału. Kolejne badanie przyniosło lepsze rezultaty, wskazujące na wyższe niż przeciętne zdolności do przechowywania zapamiętanego materiału i wysoką odporność na zakłócający wpływ nowo nabywanych informacji. Zauważa się również minimalny progres w obrębie pamięci zarówno krótko-, jak i długotrwałej, pacjent poprawił swoje wyniki z rezultatów niskich do niższych niż przeciętne.

Reasumując: wyniki uzyskane przez pacjenta w trakcie dwóch badań wskazują na postęp w zakresie zwiększonej pojemności pamięci krótkotrwałej werbalnej i skuteczniejszej strategii zapamiętywania. Pamięć operacyjna i długotrwała kształtują się aktualnie u badanego na przeciętnym poziomie.

Kolejnym narzędziem wykorzystywanym w diagnozie procesów poznawczych badanego mężczyzny był *Test Płynności Figuralnej Ruffa* (RFFT). Poniżej zamieszczono porównanie wyników osiągniętych w trakcie testu i retestu.

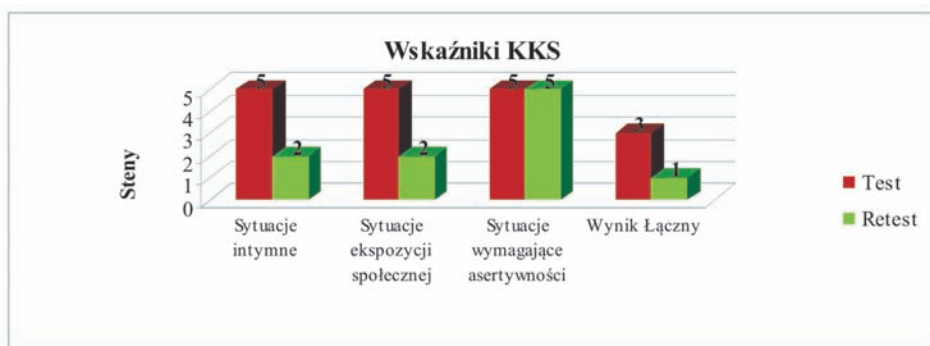
Tab. 2. Wyniki badania *Testem Płynności Figuralnej Ruffa* (RFFT)

Wskaźniki RFFT	Test	Retest
Połączenia unikalne (teny)	29	36
Połączenia unikalne (centyle)	2	8
Współczynnik błędu	>16	>16
Strategie enumeracyjne	3	0
Strategie rotacyjne	0	0

Wykonane przez pacjenta połączenia w *Teście Płynności Figuralnej Ruffa* (RFFT) wykazują się znacznym stopniem poprawności, jednak niską produktywnością. U chorego utrzymują się trudności w zakresie planowania, uruchamiania procesów samokontroli, monitorowania własnego zachowania, co świadczy o deficytach w zakresie funkcji wykonawczych. Są to wykładniki typowe dla uszkodzenia struktur przedczołowych (Stuss, 2009). Dysfunkcje te współwystępują z niską płynnością figuralną oraz niedostatkiem strategii stosowanych przy wykonywaniu połączeń. Podczas pierwszego badania pacjent stosował strategie

enumeracyjne, co pomogło mu porządkować planowanie na materiale niewerbalnym. W trakcie wykonywania tego zadania po raz kolejny pacjent nie stosował jakichkolwiek strategii.

Kolejna metoda psychometryczna sprawdzająca samoopisowe funkcjonowanie pacjenta w sytuacjach społecznych to *Kwestionariusz Kompetencji Społecznych*. Wyniki osiągnięte przez pacjenta w poszczególnych wskaźnikach przedstawia rycina 3.



Rys. 3. Wyniki badania *Kwestionariuszem Kompetencji Społecznych*

W trakcie pierwszego badania pacjent uzyskał wyniki wskazujące na przeciętny poziom nasilenia kompetencji warunkujących efektywność działania w sytuacjach intymnych, średni poziom kompetencji wymagających asertywności oraz umiarkowany poziom efektywności działania w sytuacjach ekspozycji społecznej. Wynik ogólny wskazuje na niski poziom kompetencji społecznych osoby badanej. Dla porównania, w trakcie ponownego badania mężczyzna również uzyskał niski rezultat w zakresie kompetencji warunkujących efektywność w sytuacjach intymnych, ekspozycji społecznej oraz ogólnej kompetencji społecznej. Jedynie kompetencja społeczna ujawniająca się w sytuacjach wymagających asertywności pozostaje na tym samym co na początku, przeciętnym, poziomie.

Konfrontując uzyskane wyniki z danymi z wywiadu z pacjentem czy jego rodziną, można stwierdzić, iż subiektywny obraz własnych możliwości społecznych był w przeszłości znacznie zawyżony przez pacjenta. Nieadekwatnie oceniał własne możliwości komunikacyjne oraz kompetencje społeczne. Aktualnie dzięki systematycznej psychoterapii pacjent potrafi obiektywnie ocenić swoje umiejętności i deficyty. Z pewnością cechuje go większy wgląd i autorefleksja, niż trzy lata wcześniej. Mimo to, zauważalne jest znaczne pogorszenie się funkcjonowania pacjenta w relacjach społecznych.

Uzupełnienie opisu funkcjonowania pacjenta stanowi próba eksperymentalno-kliniczna – wypowiedź pacjenta na temat mający dlań znaczenie emocjonalne – życiorys.²

Badanie narracji: Temat emocjonalny – życiorys.

Badanie pierwsze:

- Proszę opowiedzieć swój życiorys.
- *(Milczy)*
- Od czego zaczyna się życiorys?
- *Od daty urodzenia. To urodziłem się 15 listopada 77' roku w Jarosławiu.*

I co jeszcze... (Pauza).

– A co powinno się jeszcze znaleźć w życiorysie? Generalnie to, kiedy się urodziłeś, jak przebiegała twoja edukacja, gdzie chodziłeś do pracy, kiedy wzięłeś ślub itp.

- *(Milczy)*
- Dobrze, urodziłeś się 15 listopada 77' roku w Jarosławiu.
- *Yhym... Skończyłem szkołę... (Pauza).*
- Podstawową?
- *Nie... przedszkole!*
- Dobrze, w którym roku, albo mając...
- *...mając 5 lat. I potem szkołę podstawową w Kraśniku. I to było Księżda*

Piotra Ściegiennego.

- Imienia tak?
- *Tak.*
- Później do jakiej szkoły średniej chodziłeś?
- *Do liceum ogólnokształcącego też w Kraśniku, profil biologiczno-chemiczny. I to była szkoła imienia Księżda... nie... To pomieszało mi się.*
- Ściegiennego to było liceum? Tak?
- *Tak.*
- Co robiłeś po liceum?
- *Po liceum... po liceum udałem się na studia studia w WSW Wrocławskiej*

Szkole Wyższej i... studia zrobiłem z stosunków międzynarodowych... (Pauza).

- To były studia dzienne, wieczorowe, zaoczne?
- *Zaoczne... licencjat. Następnie...(Pauza).*
- Jak skończyłeś stosunki międzynarodowe z dyplomem licencjata, to co...?

– *To... udałem się bezpośrednio na studia magisterskie i... wtedy po pierwszym roku nastąpiła przerwa w mojej edukacji i wyjechałem za granicę. W ogóle to różne historie działy się z moim wyjazdem... (Pauza)*

² Nazwy własne, niektóre fakty autobiograficzne zostały specjalnie zmienione przez autora tekstu

- I ukończyłeś studia?
- *Ukończyłem studia magisterskie, tylko że zabrakło mi obrony pracy magistra. I tak kropka w kropkę wszystko skończyłem.*

Badanie drugie:

- Proszę opowiedzieć swój życiorys.
- *(Milczy)*
- Od czego zaczyna się życiorys?
- *Od tego, gdzie pracowałem.*
- Od początku. Co było na początku twojego życia?
- *Na początku się urodziłem (śmiech). Chodziłem do szkoły podstawowej, najpierw do przedszkola, jednak potem do szkoły podstawowej, potem do szkoły licealnej cztery lata, potem na studia – trzy lata, zdobyłem tytuł licencjata, a potem na magisterskie studia i... w z tak zwanym międzyczasie pracowałem, pracowałem w dwóch miejscach – w dwóch krajach: w Holandii i w Polsce. I przyszedł czas na telewizję, gdzie odbywałem staż w dziale techniczno-muzycznym i potem działalność przy stronie internetowej i w końcu zająłem się tylko robieniem zdjęć i... filmów i otworzyłem własną działalność gospodarczą, która trwała 4 miesiące i... zdarzył mi się wypadek (pauza). Nie wiem, czym są zainteresowania? Ani nie wiem, czym są zdolności?*
- To nie musi być tak jak w CV, tylko bardziej życiorys – wydarzenia w twoim życiu. Jesteśmy na etapie wypadku. Potem co było?
- *Potem była rehabilitacja i trwa do dzisiaj i już pewnie będzie na całe życie. I tyle.*

Sprawności narracyjne ujawniające się przy opowiadaniu życiorysu są u badanego ograniczone prawdopodobnie przez współwystępujące zaburzenia poznawcze. Pierwsza wypowiedź chorego przyjmuje strukturę dialogu, nie monologu. W trakcie ponownego badania można wyodrębnić dłuższy fragment wypowiedzi, który ma charakter narracji. Bez uprzedniej motywacji i nakierowania w postaci pytań pomocniczych badany nie jest w stanie zbudować wypowiedzi narracyjnej, długo zastanawia się, gubi wątek, jego tekst staje przez to niepełny, należy zadawać mu pytania w celu kontynuowania dalszej interakcji. W obu badaniach widać niespójność, jednostki składowe wypowiedzi nie są uporządkowane według wzorca temporalnego, nie przedstawia on przebiegu własnego życia w strukturze linearnej. W wypowiedzi pacjenta zauważa się również znaczną dygresyjność.

Analiza wcześniejszego badania sprawności narracyjnej ujawnia znaczne zaburzenia na poziomie syntaktyki oraz leksyki. Daje się zaobserwować utrwalenie pewnych cech składni idiolektalnej, np. nadmierne i zwykle nieuzasadnione uży-

cie pewnego typu spójników (*i*). Modyfikacje wzorców gramatycznej struktury zdania polegają u chorego na usztywnieniu wzorca (zmniejszeniu liczby możliwości występujących w normie), rozchwianiu wzorca (utracie wrażliwości na wprowadzanie nowych elementów, nieistotnych z punktu widzenia normy) oraz lukach we wzorcu (pomijaniu ważnych cech akceptowanych w normie) (Pana-siuk, 2001).

Trudność z zaplanowaniem dłuższej wypowiedzi, mylenie wątków autobiograficznych może wskazywać na pewne deficyty w zakresie pamięci epizodycznej. W trakcie ponownego badania pacjent nie jest w stanie odtworzyć struktury życiorysu bez pytania naprowadzającego. W drugim badaniu widoczna jest poprawa sprawności narracyjnych. W wypowiedzi mężczyzny wyodrębniają się połączone ze sobą sekwencje zdarzeń. Jednak monolog odznacza się nie płynnością.

Reasumując, można stwierdzić, że przyczyną przedstawionych problemów przejawiających się jako niezdolność do zbudowania rozwiniętej wypowiedzi jest prawdopodobnie zaburzenie mowy wewnętrznej i ograniczenie zdolności predykatywnych (Łuria, 1976).

WNIOSKI

Porównując funkcjonowanie pacjenta w kilka miesięcy po doznanym urazie czaszkowo-mózgowym i po trzyletnim okresie rekonwalescencji i rehabilitacji, można zauważyć niewielką poprawę funkcjonowania pamięci operacyjnej, pamięci długotrwałej i efektywności uczenia się. Procesy uwagowe utrzymują się u badanego na tym samym poziomie w zakresie szybkości pracy percepcyjnej i zawodności uwagi. Zauważa się minimalnie lepszą zdolność do różnicowania materiału wzrokowego.

Pomimo intensywnej terapii neurologopedycznej i neuropsychologicznej u pacjenta w dalszym ciągu obserwowalne są trudności w zakresie planowania, procesów samokontroli, monitorowania własnego zachowania, co świadczy o współwystępujących deficytach w zakresie funkcji wykonawczych. Należy podkreślić fakt, że w trakcie wykonywania złożonych zadań dochodzi do interakcji procesów czołowych z procesami sterowanymi przez tylne obszary mózgu (Stuss, 2009). Nieświadomość realnych możliwości, nieadekwatna całościowa ocena sytuacji i słaba umiejętność przystosowywania działań do zmieniających się warunków otoczenia, doprowadzają do nieefektywnych interakcji z otoczeniem (Kaczmarek, 2008).

Mechanizm zaburzeń językowych wynika z deficytów mowy wewnętrznej. U badanego mężczyzny rozpoznano afazję motoryczną-dynamiczną. Podstawowym objawem zaburzeń afatycznych jest niemożność stworzenia dłuższej wypowiedzi narracyjnej. Dodatkowo, zaburzenia sprawności komunikacyjnych wiążą się z obniżeniem aktywności, celowości i intencjonalności. Zmiany te są skła-

dową zespołu hypodynamii, czyli ograniczenia ogólnej aktywności psychicznej i ruchowej.

Obserwowane objawy łagodnych zaburzeń poznawczych (MCI) mogą predisponować do wystąpienia demencji. Rozległe obszary uszkodzeń mózgu wykazane w badaniu neuroobrazowym (lewy płat ciemieniowy, prawy i lewy płat czołowy) przy współwystępującej padaczce pourazowej wskazują na ogólnomózgowy charakter zmian dysfunkcji poznawczych.

Zaburzenia funkcjonowania społecznego znajdują odzwierciedlenie w autoocenie kompetencji społecznych. Pomimo wsparcia społecznego, właściwe dla zespołu czołowego zaburzenia w sferze emocjonalnej przyczyniają się do pogorszenia aktywności życiowej. Długotrwała hospitalizacja, mnogość zajęć rehabilitacyjnych, powracające napady epileptyczne negatywnie wpływają na funkcjonowanie badanego, który egzystuje przede wszystkim w roli pacjenta. Jego aktualna aktywność skoncentrowana jest głównie na uczestnictwie w różnych rodzajach terapii: logopedycznej, psychologicznej, ruchowej i psychoterapeutycznej.

Skutki urazu czaszkowo-mózgowego należy traktować jako zjawisko dynamiczne. Diagnoza i terapia pacjenta powinna uwzględniać ewoluujący charakter TBI, co jest warunkiem właściwego doboru, a przez to skuteczności oddziaływań terapeutycznych (Morris, 2014). Zajęcia usprawniające powinny stanowić uzupełnienie codziennego życia pacjenta, a nie trzon jego codziennego egzystowania. Priorytetem rehabilitacji w przypadku urazów mózgu jest aktywizacja pacjenta w sferze społeczno-emocjonalnej, poznawczej i komunikacyjnej.

BIBLIOGRAFIA

- Ciechanowicz A., Stańczak J., 2006, *Test Uwagi i Spostrzegawczości TUS. Podręcznik*, Warszawa.
- Jaracz K., Kozubski W., 2008, *Quality of life after traumatic brain injury*, „Neurologia i Neurochirurgia Polska”, 42(6).
- Kaczmarek B., 2008, *Zespoły czołowe [w:] Podstawy neuropsychologii klinicznej*, red. Ł. Domańska, A. R. Borkowska, Lublin.
- Kądzielawa D., 2003, *Zaburzenia językowe po urazach czaszkowo-mózgowych, [w:] Neuropsychologiczne konsekwencje urazów głowy: Jakość życia pacjentów*, red. A. Herzyk, B. Daniluk, M. Pąchalska, B.D. MacQueen, Lublin.
- Kotapka-Minc S., 2007, *Znaczenie badania neuropsychologicznego w diagnostyce otępienia*, „Polski Przegląd Neurologiczny”, 3, 2.
- Laskowska E., Michałak S., Nowak S. *Łęk i zaburzenia nastroju u chorych po urazach czaszkowo-mózgowych i z guzami mózgu*, „Neuroskop”, 7.
- 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 Ucznienia się Językowego CVLT. Polska Normalizacja*, Warszawa.
- Luria A. R., 1976, *Podstawy neuropsychologii*, Warszawa.
- Martin G. N., 2001, *Neuropsychologia*, Warszawa.

- Matczak A., 2001, *Kwestionariusz Kompetencji Społecznych KKS. Podręcznik*, Warszawa.
- McAllister T., 2009, *Neurobehawioralne następstwa urazowego uszkodzenia mózgu*, „Medycyna Praktyczna – Psychiatria”.
- Morris T., 2014, *Urazy mózgu*, [w:] *Neuropsychologia medyczna*, t. 1, red. C. L. Armstrong, L. Morrow, M. Harciarek, Warszawa.
- Panasiuk J., 2001, *Język w afazji*, [w:] *Zaburzenia mowy*, red. S. Grabias, Lublin.
- Pąchalska M., 2007, *Neuropsychologia kliniczna. Urazy mózgu. Procesy poznawcze i emocjonalne*, t. 1., Warszawa.
- Roessler-Górecka M., Iwański S., Seniów J., 2013, *Wartość pomiaru samoopisowego w diagnostyce neuropsychologicznej pacjentów z uszkodzeniem mózgu*, „Psychiatria Polska”, XLVII, 3.
- Stern Y. 2002, *What is cognitive reserve? Theory and research application of the reserve concept*, „Journal of the International Neuropsychological Society”.
- Stuss D. T., 2009, *Płaty czołowe mózgu a odrębność oraz integracja procesów uwagi* [w:] *Nowe tendencje w psychologii. Neuropsychologia. Współczesne kierunki badań*, red. K. Jodzio, Warszawa.
- Talarowska M., Florkowski A., Zboralski K., Gatecki P., 2011, *Skala MOCA i MMSE w diagnozie łagodnych zaburzeń funkcji poznawczych*, „Psychiatria i Psychoterapia”, 7, 1.