

Terapia neuropsychologiczna dorosłych chorych z uszkodzeniem mózgu



pod redakcją

Joanny Seniów

Terapia neuropsychologiczna dorosłych chorych z uszkodzeniem mózgu

pod redakcją
Joanny Seniów



Instytut Psychiatrii i Neurologii
Warszawa 2019

Recenzja

prof. dr hab. Emilia Łojek

dr hab. n. med. Iwona Sarzyńska-Długosz

Redakcja

Elżbieta Morawska

Projekt okładki

Alina Wiszenko-Zabrowarny

© Copyright by Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2019

© Copyright by Authors, Warszawa 2019

ISBN 978-83-61705-35-2

Instytut Psychiatrii i Neurologii

ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa

Realizacja wydawnicza:

AKANT, Alina Wiszenko-Zabrowarny

Spis treści

| | |
|--|-----|
| Joanna Seniów: <i>Wstęp</i> | 7 |
| Rozdział I | |
| Joanna Seniów: <i>Spontaniczna i stymulowana plastyczność uszkodzonego mózgu</i> | 12 |
| Rozdział II | |
| Joanna Seniów: <i>Ogólne zasady rehabilitacji neuropsychologicznej nastawionej na odbudowę zaburzonych funkcji</i> | 23 |
| Rozdział III | |
| Marcin Leśniak: <i>Jak rozumieć i badać skuteczność rehabilitacji neuropsychologicznej? Uwagi metodologiczne</i> | 33 |
| Rozdział IV | |
| Szczepan Iwański: <i>Terapia chorych z zaburzeniami uwagi</i> | 62 |
| Rozdział V | |
| Katarzyna Polanowska: <i>Terapia chorych z zespołem zaniedbywania</i> | 84 |
| Rozdział VI | |
| Marcin Leśniak: <i>Terapia chorych z agnozą wzrokową i innymi zaburzeniami spostrzegania wzrokowego</i> | 108 |
| Rozdział VII | |
| Katarzyna Polanowska: <i>Zaburzenia komunikacji słownej i możliwości ich terapii</i> | 119 |
| Rozdział VIII | |
| Katarzyna Polanowska: <i>Terapia chorych z afazją</i> | 122 |
| Rozdział IX | |
| Iwona Pietrzyk-Krawczyk: Paula Grzeszczuk, <i>Terapia grupowa chorych z afazją</i> | 150 |

Rozdział X

Marika Litwin, Iwona Pietrzyk-Krawczyk, Joanna Seniów: *Diagnostyka i terapia chorych z apraxją mowy*..... 159

Rozdział XI

Marcin Leśniak, Joanna Szutkowska-Hoser, Patryk Mazurkiewicz: *Amnezje i inne zaburzenia pamięci – metody terapeutyczne* 175

Rozdział XII

Joanna Seniów, Marcin Leśniak: *Zaburzenia tak zwanej wyższej organizacji ruchu. Problemy rehabilitacji*..... 195

Rozdział XIII

Joanna Szutkowska-Hoser: *Terapia chorych z zaburzeniami programowania i kontroli zachowania celowego. Problem dysfunkcji wykonawczych* 209

Rozdział XIV

Magdalena Roessler-Górecka: *Postępowanie terapeutyczne w zaburzeniach zachowania po uszkodzeniu mózgu*..... 232

Rozdział XV

Marcin Leśniak, Magdalena Roessler-Górecka: *Stany ograniczonej świadomości u dorosłych pacjentów po niepostępującym uszkodzeniu mózgu*..... 248

Rozdział XVI

Joanna Szutkowska-Hoser: *Pomoc psychologiczna* 261

Rozdział XVII

Katarzyna Polanowska, Szczepan Iwański: *Neurostymulacja w terapii chorych z niepostępującymi zaburzeniami poznawczymi* 272

Rozdział XVIII

Agnieszka Ewa Paprot: *Rehabilitacja neuropsychologiczna wspomagana programami komputerowymi*..... 298



Wstęp

Joanna Seniów

Wiele dorosłych, zdrowych psychicznie osób, żyjących aktywnie i realizujących się w różnych rolach, nagle doznaje uszkodzenia mózgu w różnym mechanizmie, np. udaru, urazu lub usunięcia guza. Zachorowanie burzy ich dotychczasowe życie, ogranicza czasowo lub na stałe samodzielne zaspokajanie potrzeb życiowych, zakłóca relacje z innymi, często rodzi subiektywne poczucie utraty godności. Problemy związane z chorobą oprócz pacjenta dotyczą jego najbliższych oraz obciążają w różny sposób społeczeństwo. Środowiska zawodowo zajmujące się neurorehabilitacją od dawna starają się poprawić efektywność procesu zdrowienia, którego nadrzędnym celem jest usunięcie lub złagodzenie różnych dysfunkcji (ruchowych, poznawczych, komunikacyjnych, emocjonalno-afektywnych, społecznych) i uzyskanie maksymalnej niezależności. Wzrastająca wiedza i doświadczenie kliniczne są podstawą tworzenia różnych podejść teoretycznych, metod i technik rehabilitacji. Niezależnie od wypracowanych już procedur, wciąż poszukuje się nowych sposobów leczniczego oddziaływania na zdrowiejący mózg, aby zoptymalizować proces jego reorganizacji czynnościowej. W rozumieniu mechanizmów zdrowienia ważny jest zarówno neurofizjologiczny poziom analizy spontanicznie zachodzących procesów naprawczych, jak i poznanie terapeutycznego wpływu zewnętrznych oddziaływań. Do tych ostatnich należy m.in. wczesna rehabilitacja neuropsychologiczna, polegająca na specyficznym ćwiczeniu i modelowaniu zaburzonych zdolności (np. rozumienia i tworzenia wypowiedzi językowych, pisania, czytania, spostrzegania, zapamiętywania, konstruowania, myślenia, kontrolowania zachowania).

Terapia chorych z zespołem zaniedbywania

Katarzyna Polanowska

Uszkodzenie jednej z półkul mózgu może doprowadzić do zaburzenia zwanego zespołem jednostronnego zaniedbywania przestrzeni (*unilateral spatial neglect*, USN). Najczęstszą jego przyczyną jest udar mózgu, choć może nią być też zmiana urazowa lub rozrostowa (Bisiach, Vallar 2000). Leżące u podstaw USN ogniska to zwykle rozległe uszkodzenia grzbietowo-bocznych struktur skroniowo-ciemiennowych i brzusznych czołowych, z relatywnie największym znaczeniem patologii płacika ciemiennego dolnego i zakrętu skroniowego górnego (Corbetta et al. 2005; Karnath, Rorden 2012; Mort et al. 2003; Vallar 2001).

USN definiowany jest jako niezdolność chorego do zwracania się i reagowania na nowe lub znaczące bodźce, które pochodzą z części przestrzeni przeciwległej do lokalizacji uszkodzenia mózgowego i rozpoznawany wówczas, gdy nieprawidłowości funkcjonalne trudno wyjaśnić podstawowymi deficytami sensoryczno-motorycznymi (Heilman, Watson 1995). Opis ten nie ukazuje jednak złożoności zaburzenia, które może ujawnić się w różnych modalnościach percepcyjnych (wzrokowej, słuchowej, czuciowej) i/lub w aktywności ruchowej, dotyczyć odbioru i reagowania na bodźce realne bądź tworzenia wyobrażeń wzrokowych, a także wyrażać się w rozmaitych zakresach i ramach odniesień przestrzennych (Kleinman et al. 2007; Polanowska, Seniów 2005a; Vallar 2001).

Ważnym kryterium zróżnicowania klinicznego USN jest jego wariant. Rzadką i zwykle łagodną odmianą zespołu jest zaniedbywanie prawostronne, spowodowane uszkodzeniem półkuli lewej. Jego objawy – o ile nie są maskowane afazją – dostrzega się głównie we wczesnych fazach udaru (Kleinman et al. 2007; Robertson, Halligan 1999), a ponieważ zwykle ustępują sponta-

nicznie, to najczęściej nie wymagają terapii. Przeciwnie jest z zaniedbywaniem lewostronnym po uszkodzeniu półkuli prawej. Stanowi ono ponad 90% wszystkich przypadków poudarowego USN (Corbetta et al. 2005), może wahać się w nasileniu (Jehkonen et al. 2007) i prowadzić do poważnych ograniczeń funkcjonalnych. Najczęściej ujawnia się w modalności wzrokowej (Ringman et al. 2004) i w tej postaci ma szczególnie inwalidyzujący charakter (Gillen et al. 2005; Katz et al. 1999).

Tabela 1. Objawy lewostronnego zaniedbywania wzrokowo-przestrzennego (na podstawie: Bisiach, Vallar 2000; Domańska 2004; Polanowska, Seniów 2005a, 2011; Robertson, Halligan 1999; Vuilleumier 2007)

| Objaw | Charakterystyka | Przykłady skutków funkcjonalnych |
|--------------------------------|---|--|
| Lewostronne pomijanie wzrokowe | trudności w reagowaniu na bodźce wzrokowe pochodzące z lewej części przestrzeni (a właściwie: na bodźce relatywnie bardziej lewostronne od dostrzeganych), które są jakościowo różne od konsekwencji ewentualnych ubytków w polu widzenia (częste współwystępowanie zaniedbywania wzrokowego z niedowidzeniem połowicznym jednoimiennym lewostronnym) | <ul style="list-style-type: none"> – odchylenie oczu (czasem też głowy i tułowia) w nastawieniu na odbiór bodźców prawostronnych; – zaczepianie i uderzanie o niedostrzegane przedmioty znajdujące się po lewej stronie; – podczas rozmowy z ludźmi stojącymi z lewej strony: patrzeć w prawo i tendencja do kierowania odpowiedzi do osób znajdujących się po stronie prawej, nawet nieznanymi i nic nie mówiącymi; – przy czytaniu: pomijanie lewych fragmentów tekstu, wyrazów lub ich części (aleksja wtórna do zaniedbywania); – przy przepisywaniu: pomijanie lewych fragmentów tekstu, umiejscawianie własnego pisma z prawej strony kartki (agrafia wtórna do zaniedbywania); – podczas czynności samoobsługowych: pielęgnacja prawych części ciała, zjadanie posiłku z prawej strony talerza, używanie tylko przedmiotów znajdujących się z prawej strony |
| Allochiria wzrokowa | skłonność do przyporządkowywania informacji o lewych częściach obrazu do strony prawej | – błędne relacje na temat znanych miejsc z przypisaniem lewostronnych fragmentów topografii stronie prawej (tzw. zakłócenie wyobraźniowej reprezentacji przestrzeni) |

cd. tabeli 1

| | | |
|---------------------|---|---|
| Wygaszanie wzrokowe | mimo reagowania na pojedyncze lewo- i prawostronne bodźce wzrokowe, w sytuacji równoczesnej stymulacji obustronnej pojawia się odpowiedź na bodziec prawy a lewy jest ignorowany (deficyt wykrywany przy lekkim zakłóceniu przetwarzania wzrokowo-przestrzennego oznaczający łagodne lub zejściowe zaniedbywanie; może wystąpić jako objaw izolowany) | – przypadki niedostrzegania obiektów lewostronnych ujawniające się w dynamicznie zmieniających się i złożonych percepcyjnie sytuacjach, takich jak przechodzenie przez zatłoczoną ulicę, śledzenie sytuacji drogowej podczas jazdy samochodem |
|---------------------|---|---|

Za główny patomechanizm poznawczy **lewostronnego zaniedbywania wzrokowego** (*left visual neglect*), zwanego też zaniedbywaniem wzrokowo-przestrzennym (*visuo-spatial neglect*), uważa się nieprawidłowości rozkładu uwagi wzrokowej wobec bodźców w przestrzeni (zob. Polanowska, Seniów 2011). Pacjenci z tym zaburzeniem sprawiają wrażenie, jakby coś „magnetycznie” przyciągało ich uwagę do strony prawej i nie pozwalało na swobodne jej przekierowanie w lewo (Vallar 2001). Co gorsze, zwykle nie zdają sobie z tego sprawy i nie uwzględniają deficytu percepcyjnego w swym zachowaniu. Zakłócenie automatycznej orientacji stronnej powoduje, że będąc pozbawieni wstępnej informacji o nowych lewostronnych bodźcach, nie spoglądają w ich stronę i nie analizują ich (Berger, Posner 2000). Dostrzegany obraz – zwykle niepełny i przez to czasem dziwny – mogą uznać za rzeczywistą reprezentację otoczenia (Robertson, Halligan 1999). Bywa, że przy zwracaniu im na to uwagi bardziej są skłonni poszukiwać zewnętrznych przyczyn nietypowości spostrzeżeń niż do autorefleksji nad własnym widzeniem. Dokładniejsza charakterystyka objawów pomijania wzrokowego i ich skutków funkcjonalnych przedstawiona jest w tabeli 1.

Chociaż objawy zaniedbywania cechuje duża tendencja do spontanicznego ustępowania we wczesnym okresie poudarowym (np. w badaniu Ringmana i współpracowników [2004] był to spadek z 43% przypadków w pierwszym tygodniu do 17% w trzecim miesiącu od zachorowania), to nawet czasowa ich obecność znacząco dezorganizuje aktywność poznawczą i ruchową chorego. Wiąże się też ze zwiększonym ryzykiem upadków i urazów oraz mniejszą

efektywnością fizjoterapii w porównaniu do wyników osiąganych przez osoby z niedowładem ale bez zaniedbywania (Chen et al. 2017; Gillen et al. 2005; Katz et al. 1999; Kerkhoff, Schenk 2012; Nys et al. 2005; Paolucci et al. 1996; Polanowska, Seniów 2005a; 2005b). Nic więc dziwnego, że usprawnianie chorych z USN należy do ważniejszych zagadnień neurorehabilitacyjnych, choć w aspekcie oddziaływań neuropsychologicznych sprowadza się właściwie do terapii lewostronnego zaniedbywania wzrokowego. Ze względu na towarzyszące mu zaburzenia samoświadomości objawów chorobowych (anozognozję) może się to okazać dużym wyzwaniem dla terapeuty i pacjenta (Azouvi et al. 2017; Haskins 2012; Polanowska, Seniów 2004).

■ *Terapia chorych z zaniedbywaniem wzrokowym*

Od lat siedemdziesiątych XX wieku, kiedy pojawiły się pierwsze propozycje terapeutyczne dla chorych z zaniedbywaniem wzrokowym, powstało wiele różnorodnych technik usprawniania (Kerkhoff, Schenk 2012; Łojek 2008; Polanowska, Seniów 2005b, 2011). Ich bogactwo wynika z faktu, że na złożoną zdolność przeszukiwania wzrokowego przestrzeni można wpływać na różnych poziomach i w rozmaity sposób. Przykładami oddziaływań z poziomu poznawczego są: wyjaśnianie choremu istoty nabytego zaburzenia, informowanie o organizacji przestrzennej otoczenia lub nauka strategii przewycięzania trudności. Główną formą kompensacji o charakterze motorycznym jest odwoływanie się do ruchów oczu, głowy i tułowia. Jakość spostrzegania można też korygować poprzez zmianę zakresu i rodzaju stymulacji wzrokowej.

Większość z istniejących technik terapii można proponować chorym od podostrego po chroniczne stadium choroby mózgu, o ile jest taka potrzeba kliniczna i pozwala na to stan pacjenta. Główne ograniczenia w wyborze typu ćwiczeń stanowią duże nasilenie zaniedbywania i brak samoświadomości dysfunkcji, wpływające najsilniej na przebieg terapii behawioralnej (Azouvi et al. 2017; Chen et al. 2017). Pamiętać jednak należy, że większość interwencji powinna być wprowadzona we wczesnych stadiach zdrowienia. W przypadku rehabilitacji poudarowej są to fazy: wczesnej terapii wspomagającej proces samoistnego zdrowienia (od ok. 2. tygodnia do 3. miesiąca po udarze) i terapii

„Podręcznik będzie bogatym źródłem wiedzy o rehabilitacji neuropsychologicznej dla specjalistów wielu dziedzin – medycyny, psychologii, pedagogiki czy językoznawstwa – którzy w swojej pracy zajmują się osobami po uszkodzeniach mózgu. Ponadto książka z pewnością będzie z powodzeniem wykorzystywana w ramach nauczania neuropsychologii na studiach wyższych”.

z recenzji prof. dr hab. Emilii Łojek
(Wydział Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego)

„Praca będzie stanowić ważną i często cytowaną pozycję, poświęconą tematyce rehabilitacji neuropsychologicznej. Zachęcam do lektury tej książki wszystkich, którzy – zwłaszcza w życiu zawodowym – mają kontakt z pacjentami po uszkodzeniu mózgu”.

z recenzji dr hab. n. med. Iwony Sarzyńskiej-Długosz
(Oddział Rehabilitacji Neurologicznej
Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie)

ISBN 978-83-61705-35-2

