

MONIKA GRZESZCZUK

Szkoła Podstawowa, Warszawa

## DIAGNOZA I TERAPIA OLIGOFAZJI U PACJENTKI Z ZESPOŁEM BOURNEVILLE'A-PRINGLE'A

Artykuł niniejszy poświęcony jest zespołowi Bourneville'a-Pringle'a – możliwościom komunikacji i perspektywom jej rozwoju w przypadku wystąpienia upośledzenia umysłowego w stopniu znacznym.

Opisywaną pacjentką jest 56-letnia kobieta ze zdiagnozowanym zespołem Bourneville'a-Pringle'a – stwardnieniem guzowatym, epilepsją i upośledzeniem umysłowym w stopniu znacznym oraz zaburzeniami możliwości komunikacyjnych i językowych symptomatycznych dla oligofazji. W związku ze specyficznym uszkodzeniem mózgu, nie poddającym się typizacji, podjęto indywidualną analizę kliniczno-eksperymentalną opisaną w studium przypadku.

Przedstawiona historia choroby pacjentki i złożona historia jej życia wskazuje na sens działań terapeutycznych zwłaszcza poprzez socjalizację chorych z diagnozą znacznego upośledzenia umysłowego.

### DANE OGÓLNE

Zespół Bourneville'a-Pringle'a jest dość rzadko występującym zespołem, bo w populacji ogólnej częstość zachorowań oceniana jest na około od 1:10 000 do 1:23 000, co stanowi 2 mln ludzi na świecie, charakteryzuje się bogatą symptomatyką i ogromnym wachlarzem postaci klinicznych – od ciężkich do skąpoobjawowych.

Choroba Bourneville'a-Pringle'a zwana inaczej stwardnieniem guzowatym została opisana jako nowa jednostka chorobowa w 1880 roku. Jako pierwszy spostrzegł objawy tej choroby Desire Bourneville, a z uwagi na obecność

bulwiastych guzków w tkance mózgowej nazwał ją właśnie *sclerose tubereuse* (tj. stwardnienie guzowate).<sup>1</sup>

Obok zaburzeń psychicznych towarzyszących stwardnieniu guzowatemu stwierdzono występowanie różnorodnych zmian skórnych, wśród których najważniejszym jest gruczolak łojowy, stanowiący zbiór grudek w kształcie motyla na obu policzkach. Trzy zasadnicze objawy: niedorozwój umysłowy, objawy skórne oraz występująca padaczka tworzą zespół nazwany od nazwisk badaczy zespołem Bourneville'a-Pringle'a.

Późniejsze badania przyniosły odkrycie, że choroba ma podłoże genetyczne związane z mutacją w genie TSC1 i TSC2. W przypadku wystąpienia mutacji prowadzącej do utraty funkcji jednego z nich lub obu dochodzi do transformacji nowotworowej komórek i powstawania zmian rozrostowych. Stwierdza się, że ponad 60% zachorowań wynika z mutacji samoistnych, a przypadki rodzinne stanowią jedynie 30% chorych.<sup>2</sup> Gen stwardnienia guzowatego dziedziczy się wraz z grupą krwi. Choroba przekazywana jest jako cecha autosomalna dominująca o pełnej penetracji, ale dużej zmienności. Około połowy stanowią przypadki świeżych mutacji.

Stwardnienie guzowate występuje z jednakową częstością u kobiet i mężczyzn. Nie stwierdza się różnic rasowych ani różnic w rozmieszczeniu geograficznym.<sup>3</sup>

W ośrodkowym układzie nerwowym w przypadkach stwardnienia guzowatego zmiany mają postać szarobiałych guzków, rozprzestrzenionych w korze mózgu i w okolicach komór. Guzki są na ogół ostro odgraniczone od tkanki zdrowej. Drugą cechą charakterystyczną są heterotopie w istocie białej. Histologicznie guzki składają się z nieregularnych komórek glejowych i z nieodróżnionych komórek nerwowych. Guzki okołokomorowe niekiedy ulegają transformacji nowotworowej, mają także skłonność do wapnienia. Guzki glejowe występują także w siatkówce. W narządach wewnętrznych występują rozmaitego rodzaju zmiany rozwojowe i guzy: w sercu stwierdza się mięśniaki, w płucach zmiany torbielowate, w nerkach torbielowatość i guzy mieszane. W kościach występują torbiele i wyrośle kostne lub chrzęstne.

Najwcześniejsze objawy kliniczne choroby dotyczą skóry, która zajęta jest zwykle w 70–80%. Znamiona Pringle'a, bo taką nazwę posiadają zmiany skórne, pojawiają się między 2 a 22 rokiem życia. Zlokalizowane są na nosie,

<sup>1</sup> Por. ANN M. Clarke, *Upośledzenie umysłowe*, PWN, Warszawa 1969.

<sup>2</sup> Por. *Neurologia kliniczna*, A. Dowżenko i in., PZWL, Warszawa 1980.

<sup>3</sup> [www.ksiegarniamedyczna.eu](http://www.ksiegarniamedyczna.eu) czytelnia medyczna on-line- „Nowa Medycyna” 2007, 3.

w fałdach nosowo-wargowych, na policzkach, brodzie i czole, czasami w obrębie małżowin usznych lub skóry owłosionej głowy, w obrębie jamy ustnej, na dziąsłach, języku, podniebieniu, nie występują natomiast w rynience podnosowej wargi górnej. Włókniaki wystąpić mogą także pod paznokciami i w okolicy łędźwiowej. U niektórych pacjentów w obrębie szklwiwa zębów stwierdza się drobne ubytki. Wykwity skórne nie stanowią bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia, stanowią problem kosmetyczny i diagnostyczny.

Występujące u noworodka plamy hipopigmentacyjne (o prawidłowej ilości melaniny w odróżnieniu od bielactwa) współistniejące z napadami padaczkowymi sugerują występowanie choroby Bourneville'a-Pringle'a.

Napady padaczkowe, które mogą wystąpić już w drugim lub trzecim miesiącu życia ujawniają się w badaniach EEG (jako hipsarytmia).

### **Obraz neurologiczny**

Zmianom narządowym towarzyszą objawy neurologiczne. U 70–90% pacjentów występują napady padaczkowe, z których pierwsze pojawiają się zwykle w pierwszym roku życia i mają charakter napadów zgięciowych (zespół Westa). U ponad połowy chorych występuje opóźnienie rozwoju psychoruchowego lub umysłowego. Częste są też zaburzenia neurobehawioralne, takie jak: autyzm, schorzenia ze spektrum autyzmu czy ADHD. Badanie na próbie 108 pacjentów z TSC wykazało, że padaczka występuje u 80% z nich, a opóźnienie umysłowe u 44%, z czego u 2/3 upośledzenie umysłowe było ciężkie (IQ <21). Niedowłady i inne objawy ogniskowe nie są zbyt częste. Ich występowanie zależy od umiejscowienia i rozmiarów zmian mózgowych. W przypadkach gdy guz powoduje niedrożność dróg płynowych, powstać może wodogłowie. W rozwiniętych przypadkach występuje głębokie upośledzenie umysłowe. W około 50% poziom umysłowy jest normalny. Badania laboratoryjne są na ogół prawidłowe. Płyn mózgowo-rdzeniowy jest w normie. Zapis EEG bywa nieprawidłowy w 60% przypadków. W rentgenogramach czaszki stwierdza się zwapnienia wewnątrzczaszkowe. W płucach stwierdza się niekiedy zmiany torbielowe, również rtg kości wykazywać może rozrzedzenia i torbiele.<sup>4</sup> Dokonując rozpoznania choroby, przeprowadza się dokładny wywiad rodzinny oraz szereg szczegółowych badań diagnostycznych.

Niniejsze studium opiera się na danych z wywiadu z matką i z innymi członkami rodziny pacjentki, na informacjach pochodzących z dokumentacji badań

<sup>4</sup> www.ksiegarniamedyczna.eu czytelnia medyczna on-line-, „Nowa Medycyna” 2007, nr 3.

specjalistycznych otrzymanej od matki, danych uzyskanych podczas obserwacji pacjentki oraz danych pochodzących z przeprowadzonego badania logopedycznego.

## HISTORIA CHOROBY

Pacjentka Maria urodziła się we wrześniu 1953 roku w Warszawie. Matka była lekarzem, ojciec geologiem. Pacjentka była jedynym ich dzieckiem, urodzona siłami natury w 29 roku życia matki. Choroba ujawniła się atakami padaczki, gdy Maria miała 3 lata. Do czasu ujawnienia się choroby dziewczynka rozwijała się prawidłowo pod względem psychoruchowym. Rozwijała się mowa i prawidłowa komunikacja z otoczeniem. W pierwszym roku choroby, występowały jedynie incydentalne ataki padaczki. Potem gdy zaczęła dorastać, stopniowo nastąpiły kolejne objawy – zmiany skórne, zaburzenia zachowania i objawy somatyczne. Pierwszy raz postawiono diagnozę mówiącą o chorobie Bourneville'a-Pringle'a w 1959 roku, gdy Marysia otrzymała skierowanie do kliniki dermatologicznej. Rozpoczęto konsultacje medyczne i cały szereg badań diagnostycznych. Korzystano z medycyny konwencjonalnej i niekonwencjonalnej. Jak wiadomo z wywiadu, objawy choroby Bourneville'a były wcześniejsze i polegały na atakach padaczki. Brak jest udokumentowanej, pierwszej diagnozy. Nie ma to oczywiście większego znaczenia, bo każde późniejsze badania psychiatryczne dawały właśnie takie rozpoznanie. Wykonano także badanie grupy krwi w związku z próbą ustalenia przyczyny choroby (dziedziczona jest z grupą krwi). Matka zdecydowała się na ukończenie specjalizacji psychiatrycznej. Wkrótce została zatrudniona w szpitalu o tym profilu pod Warszawą. Tam też bardzo często znajdowała pomoc. Mimo częstych ataków padaczki, większość dzieciństwa Marysia spędziła w rodzinnym domu w Warszawie. Tam oboje rodzice starali się zapewnić jej optymalne warunki do życia. Matka zajmowała się medyczną stroną opieki, właściwe wychowanie i pielęgnację powierzając cierpliwszemu mężowi. Ojciec przebywał cały wolny czas z córką, zajmując się nią w dzień i w nocy. Marysia nigdy, z wyjątkiem dwóch ostatnich lat, nie miała unormowanego czasu aktywności i spoczynku. Doba miała charakter nieograniczony. Przysypiała krótko, bardzo szybko się regenerując i zmuszając tym rodziców do ciągłej opieki. Ich życie wiązało się z pełną dyspozycyjnością wobec córki. Ojciec próbował nauczyć córkę pewnych umiejętności niezbędnych w życiu, jak samoobsługa w podstawowym zakresie. Marysia nauczona była samodzielnego

jedzenia oraz załatwiania potrzeb fizjologicznych. Przy ubieraniu się i higienie wymagała pomocy. Ojciec dbał o jej zdrowie, wychodząc na spacer, próbując ją nauczyć jazdy na rowerze. W domu zaś próbowała rysować. Jednakże umiejętności tej nigdy nie posiadała. W wieku 12 lat Maria została zakwalifikowana przez Instytut Neurologiczny do zakładu zamkniętego. Umieszczona w Pruszkowie w 1965 roku przebywała tam do 1973 z rozpoznaniem choroby Bourneville'a-Pringle'a i niedorozwoju umysłowego znacznego stopnia. Poza częstymi atakami padaczki pojawiły się zaburzenia zachowania związane z upośledzeniem umysłowym. Były to ataki agresji. Wspomnienie zakładu pozostało na całe życie. Ujawniana agresja powodowała umieszczanie jej w izolatce lub w kaftanie bezpieczeństwa. Tak krępowana bywała często. Czas, w którym przebywała w zakładzie trwał około 8 lat. Jednakże zawsze miała kontakt z matką oraz ojcem, który codziennie ją odwiedzał. Zdarzały się także spotkania z innymi członkami rodziny. Marysia zawsze każdego rozpoznawała. Wyrażała życzenie, by zabrać ją do domu, prosiła o jedzenie. Najwięcej przyjemności sprawiały jej spacer.

Rodzice Marysi mieli wsparcie psychiczne od najbliższej rodziny, jednakże stronili od wszelkich kontaktów, w wyniku czego ich dom był często omijany. Mimo iż w początkowym okresie życia Marysi rodzice próbowali ją czegoś nauczyć, to ciągłe borykanie się ze stanem zdrowia córki spowodowało, jak się wydaje, zubożenie na jej wychowanie i naukę. Zaczęto usprawiedliwiać każde jej zachowanie i na wszystko jej pozwalano. Okazywany agresywnie sprzeciw spotykał się z uległością rodziców. Niewdrożenie w cały system zachowań normatywnych powodowało pogłębianie się dysonansu jej świata ze światem rzeczywistym. Nieprzestrzeganie żadnych reguł otoczenia powodowało stopniowe wykluczenie. Gdy Maria powróciła do domu, rodzice zamknęli się z nią w mieszkaniu, odizolowali od świata. Matka zdobyła dodatkowy etat i długo była poza domem. Opiekę sprawował bezustannie ojciec, okupując to wielkim wysiłkiem. Nie korzystano z żadnych zajęć terapeutycznych ani grup wsparcia, ponieważ tego rodzaju działania jeszcze nie były tak popularne jak obecnie. Rodzice woleli ponadto sami kierować jej rozwojem i życiem. Maria od 20 do 50 roku życia miała kontakt jedynie z rodzicami i lekarzami.

W 1990 roku ojciec wystąpił z wnioskiem o wydanie Marii dowodu osobistego. Była ona cały czas pod opieką rodziców, jednakże mimo osiągnięcia dojrzałości nie miała swojego dokumentu tożsamości, nie była także ubezwłasnowolniona. Dokument otrzymała ostatecznie w wieku 37 lat. W wieku 42 lat zaś otrzymała legitymację inwalidzką z przyznaną I grupą.

Z uwagi na pracę rodziców sytuacja materialna ich rodziny nie była nigdy zła. Mieszkanie było do pewnego czasu zadbane i czyste. Sąsiedzi, przypadkowo lekarze, okazali się bardzo wyrozumiali, mimo częstych krzyków i hałasów.

W 2000 roku Maria znalazła się w szpitalu w Warszawie na oddziale chirurgicznym w związku z koniecznością interwencji lekarskiej – wykonania szwu po urazie głowy. Ten uraz był jednym z groźniejszych. Jak wiadomo z wywiadu, upadki w trakcie ataków padaczkowych zdarzały się dość często i nierzadko powodowały jakieś urazy. W 2004 roku nastąpiło załamanie zdrowia i kilkakrotne pobyty w szpitalach – utrata przytomności, dysforia i pobudzenie psychoruchowe oraz gromadne napady padaczkowe, bezsenność. Po interwencji lekarskiej rozpoznano upośledzenie umysłowe umiarkowanego stopnia i pozostawanie w kontakcie rzeczowym i emocjonalnym.

Stan neurologiczny opisany został jako oligofrenia z występującym w niewielkim stopniu niedowładem lewych kończyn. Zapis EEG: stwierdzono zmiany patologiczne z dyskretną przewagą w przedniej i przednio-środkowej części półkuli prawej z wtórnie uogólnioną czynnością napadową, z towarzyszącymi napadami epilepsji. CT mózgu: widoczne były liczne zwapnienia okołokomorowe i w tkance mózgowej. Poza tym nie stwierdzono w mózgowiu nieprawidłowych ognisk. Układ komorowy był bez zniekształceń i przemieszczeń. Badania dna oczu wykazały cechy krótkowzroczności. Zalecono stosowanie tegretolu i luminalu.

Pod koniec 2004 roku ośrodek pomocy społecznej wystąpił z wnioskiem do sądu o wszczęcie postępowania w celu umieszczenia Marii w domu pomocy społecznej wbrew jej woli. W wyniku badania przeprowadzonego przez biegłą sądową stwierdzono, że Maria jest osobą upośledzoną w stopniu znacznym, choruje na padaczkę, ma I grupę inwalidzką, mieszka z rodzicami oraz że wymaga całodobowej opieki, a rodzice są ludźmi w starszym wieku z wieloma schorzeniami. W związku z tym, z trudem radzą sobie w sprawowaniu opieki nad chorą córką, która wymaga pełnej obsługi. Wskazywano na to, że w ostatnim czasie nasiliły się u niej napady padaczkowe. Ze względu na stopień upośledzenia umysłowego nie jest zdolna do świadomego wyrażenia swojej woli i zgody na umieszczenie jej w domu pomocy społecznej. W 2005 roku Maria trafiła do szpitala w związku z krwawiącymi zmianami guzowatymi na twarzy. Nie zastosowano jednak interwencji chirurgicznej. Przeprowadzono także konsultację psychiatryczną, która potwierdziła wcześniejszą diagnozę. Nawiązywanie kontaktu rzeczowego okazało się niemożliwe. Stwierdzono kontakt powierzchowny i wypowiadanie tylko pojedynczych słów oraz deficyt pamięci i intelektu.

Gdy w 2006 roku zachorował jej ojciec, sytuacja zmusiła rodziców do otwarcia się na pomoc innych. Maria nie okazywała żadnego zainteresowania przychodzącymi osobami, jakby nie zauważała ich obecności. Nie wchodziła w kontakt wzrokowy, a porozumiewała się jedynie z rodzicami, z reguły poprzez krzyk i nieartykułowane dźwięki. Wkrótce ojciec Marii zmarł.

Matka zupełnie sobie nie radziła. W lipcu nic nikomu nie mówiąc, zniknęła wraz z córką z mieszkania. Poszukiwana przez rodzinę na policji i w szpitalach, odnalazła się w szpitalu psychiatrycznym w Pruszkowie (swoim dawnym miejscu pracy). Tam Marysia, wbrew oczekiwaniom matki, została odizolowana od niej z powodu pobudzenia, agresji i nasilonych ataków padaczki. Najczęściej zatem przebywała w izolatce lub w pasach. U matki pojawiły się zmiany otępienne, które zaczęły postępować w szybkim tempie. Po kilku miesiącach obie panie dostały skierowanie do domu pomocy społecznej, na co matka przystała z ochotą. Liczyła na zatrudnienie w charakterze lekarza we wspomnianym domu i możliwość sprawowania bezpośredniej opieki nad córką. Miała wówczas 82 lata.

W opinii lekarza psychiatry kierującego Marię do zakładu opieki społecznej znalazły się wszystkie wcześniejsze rozpoznania. Stwierdzono więc, że wymaga stałej opieki i nadzoru do zaspokajania życiowych potrzeb. Zdolność porozumiewania się opisana została jako utrudniona z powodu znacznego upośledzenia psychicznego, a mowa jako artykulacja – niezbyt wyraźna. Pacjentka w związku z tym nie była w stanie wyrazić swoich oczekiwań. Z powodu zaburzeń zachowania, np. bezcelowego biegania, krzyków, dochodziło często do konfliktów. W opinii psychologa, jeśli chodzi o charakterystykę Marii pod względem intelektualnym, stwierdzono, że pacjentka rozumie proste polecenia werbalne i jest w stanie je wykonać przy odpowiedniej argumentacji. W sposób prymitywny werbalnie komunikuje swoje potrzeby. W sferze emocjonalnej – często bywa w niepokoju ruchowym, rozdrażniona, na sprzeciw ze strony personelu reaguje często agresją słowną, rzadziej czynną. Pod względem społecznym potrzebuje pełnej opieki ze strony personelu, nie jest w stanie kontrolować ilości spożywanych pokarmów, natomiast raczej kontroluje inne potrzeby fizjologiczne. Nie nawiązuje kontaktu z innymi pacjentkami, łatwo się rozdrażnia, nie kontroluje apetytu, zabiera rzeczy innym pacjentkom, często je niszczy. Napisano również w przytoczonej opinii – zaświadczeniu psychologa, że Maria była wielokrotnie hospitalizowana bez istotnych osiągnięć. Zaproponowano pracę z pacjentką metodą warunkowania klasycznego.

Ostatecznie Maria wraz z matką od jesieni 2006 roku zamieszkała w domu pomocy społecznej prowadzonym przez zgromadzenie sióstr w Warszawie. Sytuacja diametralnie zmieniła się. Dom prowadzony przez siostry zakonne z poczuciem misji i poświęcenia, przeznaczony był dla osób starszych, niesprawnych z powodu wieku fizycznie i psychicznie. Obie panie umieszczone zostały w jednym pokoju. Mama coraz bardziej słabła. Brak motywacji do działania zabierał jej siły. Maria natomiast znalazła się w zupełnie nowej dla siebie sytuacji. Była wolna, nieskrępowana, swobodna. Zaczęła nawiązywać liczne kontakty z personelem, poznawała i zapamiętywała ich imiona. Poszukiwała wciąż kontaktu z nimi, patrzyła w oczy, przymilnie uśmiechała się. Świat wydał się bardzo interesujący, pociągający i przyjazny. Maria opuszczała często swój pokój, spacerując i poznając otoczenie. Była niezwykle aktywna. Lgnęła do osób, które okazywały jej zainteresowanie i serdeczność. Marysia do tej pory, tj. do 53 roku życia, nie miała okazji ani powodu do tak wielu różnorodnych kontaktów. Tu okoliczności sprzyjały ciągłym rozmowom.

Polegały one jednak głównie na komunikatach dotyczących pewnych zasad i norm postępowania, których trzeba przestrzegać. Wspomnienie kary unieruchomienia bądź izolacji, w sytuacji nieposłuszeństwa, natychmiast skutkowało poprawą. Wszelkie jednakże wymagania sióstr wobec zachowania Marii spotykały się z krytyką matki. Dotyczyło to także specyficznego zwyczaju całkowitego pozbywania się ubrania, które jej przeszkadzało. Miało to częściowe uzasadnienie w dolegliwościach związanych z odbytem. Dzięki staraniom sióstr, Maria przeszła operację na oddziale proktologii. Problem został rozwiązany. Zachowanie Marii jednakże, jej aktywność trwająca przez całą dobę, zaczęły dawać się we znaki innym pensjonariuszkom. Siostry zdecydowały się na krótki, interwencyjny pobyt w szpitalu w celu ustawienia leków, które spowodowałyby jej wyciszenie. Maria zamknięta została w izolatce. Przebywała tam około 2 tygodni. Ten pobyt przyniósł pewną poprawę, dotyczyła ona jednak tylko zmniejszenia objawów padaczki. W tej sytuacji zaistniała konieczność podjęcia zdecydowanych działań. W 2008 roku Maria przeniesiona została do innego domu, także prowadzonego przez siostry zakonne, ale dostosowanego do jej choroby, wieku i potrzeb. Przebywają tam kobiety upośledzone umysłowo od 18 roku życia do końca swoich dni.

Rozstanie mamy z córką nie było drastyczne – matka coraz bardziej cierpiała na otępienie starcze. Stosunek sióstr do jej córki wzbudzał ponadto jej zaufanie.



W trakcie rozłąki z mamą czasami przypominała sobie o niej, pytając, kiedy „pani mama przyjedzie”. Kilka miesięcy po ich rozstaniu udało się doprowadzić do spotkania. Mama znalazła spokój, widząc córkę w dość dobrej formie.

Maria ani razu nie wspomniała o rodzicach. Zapytana o daną, znaną sobie osobę, wydaje się, że potrafi ją przywołać w pamięci, bo pyta kiedy przyjedzie. Dotyczy to jednakże osób, które żyją. Pytana o rodziców, nic o nich nie mówi.

W nowym miejscu Maria znalazła się pod stałą opieką osoby z personelu zakładu, która pomagała jej we wszystkim i cały czas była przy niej. W trakcie przyjęcia w wywiadzie zanotowano utrudniony kontakt z pacjentką, nieodpowiadanie na zadawane pytania, mówienie bez związku z pytaniem. Stwierdzono pobudzenie. Uniemożliwiła zbadanie. W opisie napisano, że sprawia wrażenie zdrowej fizycznie. Stwierdzono, że budowa ciała jest prawidłowa, na twarzy występują zmiany skórne o charakterze guzków. Czynności serca, płuc były prawidłowe.

W trakcie pobytu w obecnym domu nastąpiła dalsza zmiana charakterologiczna Marii. Stała się bardzo pogodna, ufna, spokojniejsza. Zapewne w jakiejś mierze była to odpowiedź na postawę otoczenia. Siostry, personel, a nawet pensjonariuszki traktowały ją jak dziecko – z serdecznością, życzliwością i cierpliwością, okazując wiele ciepła i czułości.

Maria nauczona została przestrzegania pewnych zasad. Nie wolno krzyczeć, trzeba pytać o nieswoją własność, śmieci wyrzuca się do kosza, nie wolno się rozbierać do naga (na początku zdarzały się jeszcze sporadycznie takie zachowania). Nauczona została posługiwania się sztućcami – sama zjada posiłki. Po jedzeniu domaga się serwetki. Ma uregulowany sen, zaś szczęśliwie dobrane leki zmniejszyły liczbę napadów padaczkowych. Była jednakże kilkakrotnie hospitalizowana z powodu infekcji górnych dróg oddechowych. Jej odporność bardzo spadała. Wcześniejszy niedowład lewych kończyn i osłabienie po zapaleniach płuc spowodował, że już nie mogła chodzić i poruszała się na wózku. W najnowszych dokumentach brak jest informacji o zachowaniach agresywnych i stanach pobudzenia psychoruchowego. Zdarzały się jedynie stany niepokoju. W opinii psychologicznej znajdujemy informację, że Maria rozumie proste polecenia werbalne i jest w stanie je wykonać przy odpowiedniej argumentacji. Potrafi porozumieć się słownie, ale nie nawiązuje kontaktu ze współmieszkankami. Nie potrafi czytać ani pisać. Bawi się klockami, torebkami, lubi zrywać kwiaty, lubi jeść określone produkty. Lubi rozmawiać. Potrafi i okazuje radość, śmiejąc się w głos, gdy otrzyma prezent. Nawiązuje i podtrzymuje dialog jego dotyczący. Jeśli chodzi o sygnalizowanie i zaspokajanie potrzeb, to kontroluje potrzeby

fizjologiczne, a potrzeby bezpieczeństwa częściowo sygnalizuje. Innych potrzeb nie rozumie albo nie ma. Jak wynika z wywiadu i obserwacji, pacjentka przeżywa radość wynikającą z odwiedzin rodziny i długo wspomina osobę, która do niej przybyła. Lubiąc spacerować, potrafiła zaaranżować sytuację, by osiągnąć swój cel. Maria ma „indywidualny plan wsparcia”, który w miarę możliwości jest realizowany.

Znana do tej pory Marysia bardzo pozytywnie zaskakuje osoby, które pamiętają ją z wcześniejszych lat. Po pierwsze mówi, są to nie tylko komunikaty ale także rozmowa, konwersacja. Okazuje pozytywne uczucia – zainteresowanie, sympatię, zaufanie, przywiązanie. Pamięta osoby niedawno poznane. Kojaczy je z określonymi kontekstami sytuacyjnymi. Odczuwa brak miłej sobie osoby i domaga się jej przyścia. Nie są to oczekiwania związane z zaspokajaniem potrzeb fizjologicznych, lecz potrzeba psychiczna i emocjonalna – „pobądź ze mną”. Jest spokojną, pogodną, choć ciężko chorą kobietą.

Na ten obraz pacjentki, poza zmianami w jej życiu, na pewno ma wpływ sfera medyczna jej życia. Od kilku lat Maria jest pod stałą, systematyczną opieką medyczną, która spowodowała wyciszenie pacjentki i wyeliminowanie prawie całkowite ataków epi. Obecnie Maria cierpi najczęściej na zdarzające się infekcje i to one są groźne dla jej życia. Osłabiły ją tak bardzo, że nastąpiło zwiotczenie mięśni i niemożność chodzenia. Dał o sobie znać w tym momencie także wcześniejszy niedowład lewych kończyn. Maria przechylona siedzi na wózku. Jak rokuje lekarz, szanse na chodzenie są małe. Dobre ustawienie leków skutkuje także tym, że Maria śpi w ciągu nocy.

## WYNIKI BADANIA LOGOPEDYCZNEGO

Do ustalenia diagnozy posłużyły mi następujące dane testowe:

- skala dojrzałości społecznej E.Dolla oraz badania eksperymentalno-kliniczne,
  - ocena możliwości komunikacyjnych,
  - ocena umiejętności porozumiewania się, takich jak: nawiązywanie i podtrzymywanie kontaktu wzrokowego i werbalnego, lokalizacja źródła dźwięku,
  - ocena zdolności rozumienia mowy (na poziomie pojedynczych słów, prostych poleceń słownych – próśb i pytań),
  - obserwacja i analiza spontanicznych zachowań werbalnych i niewerbalnych,
  - ocena zasobu semantyczno-leksykalnego,

- ocena umiejętności budowania zdań i ich poziomu gramatycznego,
- badanie funkcji językowych: powtarzanie, nazywanie, rozumienie,
- ocena fonetyczna wypowiedzi (artykulacja, intonacja, fonacja, oddech),
- ocena budowy i sprawności aparatu artykulacyjnego,
- badania uzupełniające: lateralizacja, percepcja wzrokowa,
- ocena poziomu sprawności komunikacyjnej.

Wyniki badania **skala dojrzałości społecznej E.Dolla** w kategoriach: ogólnej zaradności (12pkt/14), zaradności przy jedzeniu (8pkt/12), zaradności przy ubieraniu się (9pkt/13), lokomocji (4pkt/10), umiejętności zajęcia się zabawą i pracą (4pkt/22), umiejętności porozumiewania się (4pkt/15), samodzielności (0pkt/13) oraz uspołecznienia (2,5pkt/16) wskazały na znaczny stopień niedojrzałości społecznej, przy czym najwięcej punktów pacjentka uzyskała w kategorii ogólnej zaradności, zaradności przy jedzeniu i zaradności przy ubieraniu się. Następną kategorią w liczbie otrzymanych punktów była zdolność lokomocyjna oraz umiejętność porozumiewania się i umiejętność zajęcia się zabawą i pracą. Żadnych punktów nie uzyskała natomiast w kategorii samodzielności i uspołecznienia. Liczba wszystkich punktów uzyskanych w tej skali wyniosła 43,5/117. A zatem iloraz dojrzałości społecznej (IDS) wyniósł 12 w skali Stanforda-Bineta. Wynik poniżej 70 wskazuje na upośledzenie umysłowe.

Poddając ocenie sprawność językową w jej wieloaspektowości, dokonana została analiza rozmów przeprowadzonych z pacjentką (przykład jednej z rozmów przytoczony został na końcu artykułu).

Spotkania odbywały się parokrotnie w różnych porach dnia w towarzystwie opiekunki i innych pacjentek. Pani Maria była zawsze w pozycji siedzącej, najczęściej przy stoliku, we wspólnym pomieszczeniu – świetlicy.

Przed analizą otrzymanego materiału przypomnę podstawowe dane kliniczne pacjentki.

1. Zapis EEG: stwierdzono zmiany patologiczne z dyskretną przewagą w przedniej i przednio-środkowej części półkuli prawej z wtórnie uogólnioną czynnością napadową, z towarzyszącymi napadami epi. CT mózgu: widoczne były liczne zwapnienia okołokomorowe i w tkance mózgowej. Poza tym nie stwierdzono w mózgowiu nieprawidłowych ognisk. Układ komorowy był bez zniekształceń i przemieszczeń. Badania dna oczu wykazały cechy krótkowzroczności. Liczne odwapnienia związane z guzkami Bourneville’a wyszły także na zdjęciach rentgenowskich. Są one rozsiane po całym mózgu z przewagą płata czołowego, ciemieniowego i potylicznego (badania z 2004).

2. Pacjentka cierpi na niedowład lewostronny kończyn i nie porusza się samodzielnie.

3. Pacjentka przejawia stany pobudzenia, obecnie bardzo złagodzone oraz deficyty pamięci i intelektu zdiagnozowane na poziomie upośledzenia umysłowego w stopniu umiarkowanym lub znacznym.

Od trzech lat zmieniła się sytuacja życiowa pacjentki w związku z zamieszkaniem w domu pomocy społecznej. Wcześniej przebywała w izolacji, w rodzinnym domu rodziców.

### **Ocena możliwości komunikacyjnych**

Pacjentka w związku z upośledzeniem umysłowym ma obniżoną sprawność językową zarówno rozumienia, jak i mówienia. Trudności w nabyciu językowej sprawności systemowej, społecznej, sytuacyjnej i pragmatycznej opóźniły rozwój mowy i *de facto* go zahamowały.

Zaistnienie w związku z chorobą trwałych zaburzeń spowodowanych nieodwracalnymi zmianami morfologicznymi w strukturach nerwowych, przy obniżeniu zdolności regeneracyjnych komórek kory mózgowej, miało zasadniczy wpływ na rozwój kompetencji i sprawności językowych.

Dysponując w ograniczonym zakresie sprawnością językową i komunikacyjną, pacjentka posługuje się przekazem werbalnym i parajęzykowym kodem mowy – mimiką oraz gestem (nośnikami treści znaczeniowych).

### **Ocena umiejętności porozumiewania się**

Pacjentka nawiązuje kontakt wzrokowy, lecz jest on dość krótkotrwały. Słabo reaguje na sygnały dźwiękowe.

Umiejętność inicjowania rozmowy jest słabo rozwinięta. Przejawia się w okazywaniu i oczekiwaniu na spełnienie określonych potrzeb, zarówno fizjologicznych jak i psychicznych, na przykład zwracanie się do opiekuna „przyjdź do mnie, posiedź ze mną” bądź wcześniejsze próby nawiązywania kontaktu pod pretekstem konieczności zaspokojenia potrzeb fizjologicznych. Nawiązywanie rozmowy jak u 3, 4-letniego dziecka skupia się raczej na przedmiotach a nie na osobie partnera. Pacjentka prezentuje również inne zachowanie, typowe dla tego wieku. Nie ma rozmów o przeszłości i rzadko są o przyszłości. Głównym polem zainteresowania jest teraźniejszość.

Umiejętność podtrzymywania rozmowy jest z kolei lepiej rozwinięta. Pacjentka przestrzega w pewnym stopniu „reguły wymiany”. W celu utrzymania interakcji werbalnej powtarza fragmenty wypowiedzi – pytania, prośby. Potra-

fi podtrzymać rozmowę, ale nie potrafi wnieść istotnego wkładu w jej rozwój. Rozmowa ma ograniczony zakres tematyczny.

**Ocena zdolności rozumienia mowy** (na poziomie pojedynczych słów, prostych poleceń słownych – próśb, pytań)

W związku z uszkodzeniami kory mózgowej, w której dokonuje się analiza i synteza odbieranych wrażeń, proces postrzegania przebiega wolniej i zakres spostrzeżeń jest węższy, a zatem wyodrębnienie istotnych cech zjawisk jest trudne. Opóźniony rozwój i zaburzenie czynności o najwyższej organizacji, jak myślenie, jest osiowym objawem upośledzenia umysłowego. Charakterystyczny jest niedostateczny rozwój procesów poznawczych (myślenia, uwagi, pamięci oraz procesów emocjonalno-motywacyjnych). Przeprowadzone badania wskazują na znaczne zaburzenia w procesie rozumienia. Pacjentka rozumie proste polecenia, prośby i pytania, ale w bardzo wąskim zakresie tematycznym. Wydaje się, że są to obszary dobrze jej znane od najwcześniejszych lat. Nie reaguje natomiast na proste pytania o konkretne pojęcia określające przedmioty z jej najbliższego otoczenia. Nie wskazuje przedmiotów w pokoju, części garderoby ani części ciała. Nie odpowiada na żadne pytania, których sama nie jest autorką. Chyba że dotyczą zaspokajania jej potrzeb.

Tego rodzaju objawy występują w zaburzeniach świadomości, jak pisze o tym J.Jaroszyński.<sup>5</sup> Spadek reakcji na bodźce zewnętrzne, tj. na polecenia słowne, gestowe lub niewystępowanie w ogóle żadnej reakcji, jedynie na bardzo silne bodźce i wielokrotnie powtarzane. Mimo tego, w wąskim zakresie zainteresowań, pacjentka rozumie np. polecenie wyrażające relację przestrzenną, spełniając życzenie rozmówcy i wkładając klocek do torebki.

Jak pokazuje doświadczenie z badań, pacjentka przejawia dość dobrą pamięć do twarzy. Zapamiętuje osoby niedawno poznane i nieczęsto widywane. Pamięta także imiona.

Charakterystycznym zachowaniem jest brak poczucia własnej tożsamości wyrażający się w określaniu siebie zawsze w 3 osobie. Na swoje imię jednakże zawsze reaguje.

**Obserwacja i analiza spontanicznych zachowań werbalnych i niewerbalnych**

Współwystępujące z upośledzeniem umysłowym deficyty będące konsekwencją towarzyszącej upośledzeniu choroby – stwardnienia guzowanego, po-

<sup>5</sup> J.Jaroszyński, *Zespoły zaburzeń psychicznych*, Inst. Psych. i Neurol., Warszawa 1994.

legają na pewnej nadpobudliwości i męczliwości zarazem oraz przejawiają się w zaburzeniach somatycznych (blednięcie, zaczerwienienie). Ma to także związek z występującymi czasami napadami epileptycznymi. Krótkie epizody epii trwają kilka sekund, w których pacjentka wyłącza świadomość. Napady te obecnie nie uwidoczniają się w postaci drgawek całego ciała.

Spontaniczne zachowania werbalne występują w podobnym zakresie jak zachowania niewerbalne.

Pacjentka nawiązuje kontakty pozawerbalne poprzez znaki kinetyczne i proksemiczne, tj. gest, uśmiech, grymas ust, kiwanie głową, gest przywołania, poszukiwania wzrokiem, mruczenie, odwracanie głowy. Mimika wyraża zaciekawienie – patrzy w twarz, w oczy, uśmiecha się. Śmieje się w głos z zadowolenia, głównie w sytuacjach, gdy osiągnie swój cel. Po okazaniu euforii, pogodnie „zamyśla się” i używa werbalnego określenia „nabukande”. Gdy nie chce np. podarować czegoś współmieszkance, gestem odsuwa czyjąś rękę, odwraca się. Gdy odczuwa potrzebę towarzystwa, woła po imieniu opiekującą się nią najczęściej siostrę. Także w trakcie odwiedzin sama przyzywa rodzinę, by usiadła przy niej, mówiąc: ciociu, oć do Marysi”. Wychyla się zza czyichś pleców i szuka wzrokiem potrzebnej osoby. Czasami zaskakuje swoją wypowiedzią. Kiedyś skonstatowała konieczność zakładania pampersa w następujący sposób: „kobita dorosła a robi w pieluchę”. Ta wypowiedź, być może powtórzona po kimś, pojawiła się jednakże nieoczekiwanie i adekwatnie do sytuacji.

Gdy pani Maria jeszcze chodziła samodzielnie, lubiąc spacerować, starała się tak aranżować sytuację, by osiągnąć swój cel. Przejawiała ogromną inicjatywę i samodzielność w przygotowanie wyjścia – odszukiwała ubranie, zakładała buty, organizowała sobie przede wszystkim towarzystwo opiekunki do wyjścia. W trakcie odwiedzin rodziny i podczas spaceru dopytywała się o osobę, która rzadko ją odwiedzała, a właśnie do niej przybyła. Zadawała parokrotnie pytania, kto przyjechał, do kogo, a gdy to ustaliła – zaprosiła słowem i gestem do towarzystwa w czasie spaceru.

### **Ocena zasobu semantyczno-leksykalnego**

W związku z niewykształconymi sprawnościami percepcyjnymi, uwarunkowanymi upośledzeniem umysłowym, jej zasób semantyczno-leksykalny jest ubogi. Występują dobrze utrwalone nazwy, którymi pacjentka posługuje się na co dzień. Dotyczą spraw fizjologicznych oraz realizacji jej potrzeb psychicznych. Zakres zainteresowań związanych z koniecznością urozmaicenia nazewnictwa jest bardzo zawężony. W słowniku znajdują się wszystkie części mowy.

Czasem używane są celowo i adekwatnie, czasami jednak błędnie bez związku z oznaczanym przedmiotem czy stanem. Przyjmując formę echolalii, nie spełniają swojej funkcji semantycznej a raczej służą do budowania interakcji językowej. Poza tym występują sporadycznie neologizmy idiolektalne jako formy okazjonalne i właściwe swojemu tylko użytkownikowi. W słowniku pacjentki nie występują parafazje. Pacjentka stosuje zwroty grzecznościowe.

Często przed rzeczownikiem występującym w funkcji podmiotu w liczbie pojedynczej pacjentka dodaje słowo „pan lub pani”, np. „pan spacer”, „pan kieliszek” (o kieliszku do lekarstw), „pan misio”. Nie zawsze jednak użyty jest właściwy rodzaj, np. „pani ciastko”. Tego rodzaju zachowania językowe, personifikujące przedmioty, zapewne spełniają zadanie podniesienia ich rangi i akcentu znaczeniowego. W słowniku pacjentki występują często zdrobnienia.

### **Ocena umiejętności budowania zdań i ich poziomu gramatycznego**

U badanej pacjentki, jak u wielu osób upośledzonych umysłowo, występuje ograniczona umiejętność budowania zdań. Są one najczęściej proste i niekompletne. Dominują zdania pojedyncze i równoważniki zdań. Występuje zubożenie i uproszczenie struktury składniowej, przez co następuje zmniejszenie wartości informacyjnej przekazu. Część fraz bywa persewerowana. W zdaniach występują dość liczne agramatyzmy. W związku z trudnościami w logicznym myśleniu występują także trudności w konstruowaniu wielozdaniowej wypowiedzi. Pacjentka buduje czasem zdania warunkowe, które być może powtarza, ale stosuje adekwatnie. Jeśli budowane jest zdanie złożone, to występuje jedynie w formie wypowiedzi parataktycznej. Zaburzone są także związki międzywyrazowe, stąd obserwuje się małą spójność tworzonego tekstu np. „schowamy pan misio”.

### **Badanie funkcji językowych (powtarzanie, nazywanie, rozumienie)**

Stymulując różne typy reakcji, a więc słuchową, werbalną, wzrokową i gestową przeprowadzono badanie powtarzania, nazywania i rozumienia. W związku z zaburzonymi procesami poznawczymi – percepcją, myśleniem, kategoryzowaniem, uwagą, pamięcią i procesami emocjonalno-motywacyjnymi, badanie wskazało na znacznie zaburzoną funkcję językową.

Pacjentka nie wypełniała celowych zadań. Powtarzanie miało charakter echolalii lub perseweracji. Badana bardzo chętnie perseweruje, posługując się dodatkowo melodyjną fonacją. Zadania związane z analizą wzrokową są całkowicie niewykonalne. Pacjentka widząc obrazek nie rozpoznaje na nim niczego. Interesuje ją sama kartka jako przedmiot. Gdy dowiaduje się od rozmówcy, co jest na obrazku, zaczyna powtarzać melodyjnie nazwę, ale już nieadekwatnie do

zastanej sytuacji. Jej wzrok nie skupia się na przedstawieniu, widzi jedynie sam przedmiot przedstawiający.

Dane kliniczne wskazują na przyczynę tego zachowania. Trudności w rozpoznawaniu przedmiotów wynikają z uszkodzenia kory wzrokowej znajdującej się w płatach potylicznych mózgu. Widzenie głębokie i skojarzenie wzrokowe decyduje o tym, czy wrażenie jest analizowane. Uszkodzenie płata potylicznego, a w przypadku pacjentki są to liczne zwapnienia (związane z guzkami), skutkuje trudnościami w rozpoznawaniu kształtów, kolorów, znaków, symboli, rysunków. Pacjentka widzi, lecz nie rozpoznaje. To wyjaśniłoby także jej całkowity brak zainteresowania rysowaniem, oglądaniem obrazków czy telewizji. Poza tego rodzaju przeszkodą istnieją jeszcze inne uniemożliwiające badanej zajęcie się rysowaniem – sprawność manualna oraz sprawność myślenia i tworzenia wyobrażeń będących w pewnej mierze obrazowymi modelami rzeczywistości.

Wspomniana wyżej agnozja wzrokowa, określająca zaburzenie w rozpoznawaniu widzianych obrazów jest jedną z przyczyn niepowodzenia w badaniu. Pacjentka nie nawiązuje dialogu. Wydaje się ignorować pytającego lub proszącego o uwagę rozmówcę.

Przeprowadzenie próby nazywania bądź rozumienia na materiale obrazkowym jak i przedmiotowym z powodów deficytów myślenia i motywacji nie powiodły się.

### **Ocena fonetyczna wypowiedzi** (artykulacja, fonacja, intonacja, oddech)

Pacjentka w swoich wypowiedziach prezentuje nieprawidłową artykulację, polegającą najczęściej na substytucjach i deformacjach. Najczęściej zdarzają się zamiany głosek dźwiękowych II szeregu na przedniojęzykowe I szeregu. Czasami pojawia się deformacja głoski [r]. Występują elizje, głównie na końcu wyrazów. Pacjentka pomija także czasami głoskę [x] w nagłosie wyrazu [xoc'], upodabniając tym swoją wymowę do wymowy 2-letniego dziecka.

Fonacja jest zmienna – czasem bardzo cicha, czasem zbyt głośna, nieadekwatna do sytuacji, a związana zapewne ze stanem emocjonalnym i psychicznym pacjentki. Zdania mają intonację zawierającą cechy akcentów logicznych. Oddech w trakcie fonacji jest prawidłowy. Mowa pacjentki wydaje się melodyjna, płynna i w dużym stopniu zabarwiona emocjonalnie.

### **Ocena budowy i sprawności aparatu artykulacyjnego**

Badana pacjentka nie posiada od kilkunastu lat uzębienia. Język w pewnym stopniu pionizuje, głównie jednak unoszona jest część mediodorsalna podczas realizacji głosek dźwiękowych.



Podczas badania nie zauważono większych ograniczeń w zakresie motoryki narządów mowy.

Oddech odbywa się przeważnie torem nosowym, usta są czasami niedomknięte, głównie podczas snu. Przeprowadzenie bardziej szczegółowych badań sprawności artykulacyjnych okazało się niemożliwe do wykonania.

### **Badania uzupełniające lateralizacji i percepcji wzrokowej**

Przy określaniu lateralizacji zastosowana została jedynie jedna próba odnosząca się do dominacji ręki prawej bądź lewej. Stwierdzono, że badana posługuje się jako dominującą prawą ręką podczas wszelkich czynności związanych z aktywnością górnych kończyn. Chwyta przedmioty, podaje rękę, trzyma łyżkę i kubek itd.

Próby kończyn dolnych nie przeprowadzono z powodu lewostronnego niedowładu lewej nogi.

Próba dominującego oka także okazała się niemożliwa do wykonania. Badanie percepcji wzrokowej w kontekście wcześniejszego opisu występujących symptomów agnozji wzrokowej było niemożliwe do przeprowadzenia.

### **Ocena poziomu sprawności komunikacyjnej**

W przypadku badanej pacjentki upośledzenie umysłowe wpłynęło na większość sfer językowej działalności – potrzeby kontaktu słownego, programowania i organizowania wypowiedzi słownej, poprzez jej realizację. Zaburzenia mowy związane są z niewykształconymi sprawnościami percepcyjnymi. Upośledzenie procesów intelektualnych, takich jak: kategoryzowanie, wnioskowanie, wartościowanie, uogólnianie, abstrahowanie i zapamiętywanie spowodowało zaburzenia wszelkich form zachowań werbalnych, które zależą od poziomu tych zdolności.

Zaburzenia funkcji poznawczych rzutują na sposób interpretowania świata przy pomocy języka.

Budowanie wypowiedzi dialogowych i narracyjnych, decydujących o sprawności komunikacyjnej, jest w różnym stopniu zaburzone. Narracja, z jej funkcją poznawczą wartościującą, w przypadku pacjentki nie jest realizowana. Dialog natomiast jest w pewnym stopniu zachowany i spełnia swoją funkcję fatyczną.

Pacjentka prezentuje ubogi zasób słownictwa i trudności w budowaniu zdań. W jej mowie występują agramatyzmy i wady artykulacyjne. Zachowania językowe są skonwencjonalizowane i często nieadekwatne do sytuacji, osoby i celu komunikacji. W związku z problemami z pamięcią świeżą i trwałą wy-

stępują trudności w odtwarzaniu z pamięci. Dialog, jaki nawiązuje pacjentka z rozmówcą, jest podtrzymywany poprzez powtórzenia fraz zdaniowych.

Poziom sprawności komunikacyjnej w aspekcie realizacyjnym i kompetencyjnym jest na niewystarczającym poziomie w związku z zaburzeniami percepcji uniemożliwiającymi zdobycie kompetencji.

Pacjentka, dysponując znacznie ograniczonymi kompetencjami komunikacyjnymi, realizuje jednak za ich pośrednictwem pewne potrzeby – emocjonalne, wolicjonalne, a nawet w pewnym stopniu poznawcze.

## PROGRAM TERAPII

Przedstawione w niniejszej pracy studium przypadku wydaje się dość nietypowe, nie w związku z zaburzeniem, jakie opisuje, ale poprzez zmianę objawów zaburzeń komunikacyjnych i językowych. Nastąpiła ona w związku ze zmianą warunków życia pacjentki, jej uspołecznieniem. Nabywszy umiejętności językowe jako dziecko, poprzez gwałtowność przebiegu swojej choroby i częstą izolację, pacjentka zatraciła zdolność porozumiewania się. Stopniowo „dzicząc”, poddała się niszczącej sile choroby psychicznej. Niestosowanie terapii uwsteczniło ją i sprawiło, że istotnie wymagała poddania jej procesowi socjalizacji. Tak też się stało i od trzech lat pacjentka, przebywając w DPS, ma realizowany indywidualny program terapeutyczny, który w połączeniu z dobrze dobranymi lekami przynosi pozytywne rezultaty.

Z logopedycznego punktu widzenia wskazane byłoby ponadto zastosowanie następujących działań terapeutycznych:

- podnoszenie motywacji do komunikacji werbalnej,
- stosowanie rozmowy jako podstawowej metody ćwiczeń wypowiedzi dialogowej,
- wyróżnianie w wypowiedziach nazw przedmiotów poprzez intonację, akcent, gest,
- przyswajanie nazw na tle sytuacyjnym,
- stosowanie warunkowania instrumentalnego (nagradzanie aktywności),
- realizacja specyficznych potrzeb, jak potrzeba bliskości fizycznej, mając na uwadze wrażliwość sensoryczną pacjentki,
- próba rozszerzenia pola widzenia, nazywania przedmiotów,
- ćwiczenie rozumienia,
- ćwiczenie percepcji wzrokowej,
- ćwiczenie adekwatnej reakcji komunikacyjnej w zabawie,

- uczenie gestu wskazywania,
- stwarzanie okazji do dokonywania wyborów zmierzające do budowania tożsamości,
- budowanie współdziałania poprzez wspólną zabawę i poszerzanie zakresu zainteresowań przedmiotami używanymi w zabawie,
- stosowanie wzmocnienia społecznego i emocjonalnego – pochwały, aprobaty,
- ćwiczenie kontaktu wzrokowego.

Zdiagnozowana **oligofazja** warunkuje poziom kompetencji komunikacyjnej. Stworzenie właściwych warunków psychofizycznych otworzyło w pewnym zakresie nowe, nierozwijane dotąd umiejętności.

Celem programu terapeutycznego zatem powinno być budowanie kompetencji językowej i komunikacyjnej .

## BIBLIOGRAFIA

- Clarke N. M., 1969, *Upośledzenie umysłowe*, PWN, Warszawa.
- Jaroszyński J., 1994, *Zespoły zaburzeń psychicznych*, Inst. Psych. i Neurolog., Warszawa.
- Neurologia kliniczna*, 1980, red. A. Dowżenko i in., PZWL, Warszawa.
- [www.ksiegarniamedyczna.eu](http://www.ksiegarniamedyczna.eu) czytelnia medyczna on-line- „Nowa Medycyna” 2007, nr 3.