

**ASPECTE ALE INTERVENȚIEI PSIHOLOGOPEDICE ÎN CAZUL
PACIENȚILOR CU AFAZII INSTALATE ÎN URMA TRAUMELOR
CRANIO-CEREBRALE IN CLINICA DE NEUROLOGIE
ȘI NEUROCHIRURGIE A IMSP INSTITUTUL DE MEDICINĂ URGENTĂ**

**Aurelia Glavan – neuropsiholog¹,
IMSP Institutul de Medicină Urgentă,
Ecaterina Barbu – logoped²,
IMSP Institutul de Medicină Urgentă,
Pîrțac Ludmila – medic-rezident neurolog³,
IMSP Institutul de Medicină Urgentă**

Rezumat

Traumatismele cranio-cerebrale sunt cauza majoră a deceselor și dizabilităților în întreaga lume în special în rândul persoanelor tinere. Actualitatea problemei reiese din numărul mare de victime înregistrate în fiecare minut, semnificația problemei, fiind nu doar medicală, ci și una de ordin social. Scopul general al reabilitării pacienților cu TCC este atingerii unui nivel de funcționare cât mai apropiat celui anterior traumei și utilizarea posibilităților restante. Afazia – este o dereglare complexă a vorbirii, care apare în urma leziunilor traumatiche ale creierului, ce cuprinde diverse niveluri ale vorbirii, toată sfera psihică a omului. Sunt afectate funcțiile memoriei, atenției, gândirii și al echilibrului personalității. Recuperarea pacientului afazic trebuie să cuprindă toate compartimentele funcției lingvistice și anume: recepția auditivă, verbal, expresia verbală, alegerea cuvintelor, recepția lexicală prin decodificarea mesajelor, expresia grafică, codificarea mesajelor scrise.

Summary. Aspects of psychological and speech therapy intervention in patients with aphasia installed after craniocerebral trauma in Department of Neurology and Neurosurgery of the PMSI Institute of Emergency Medicine

Craniocerebral injuries are the main cause of death and disabilities worldwide, especially among youth. The topicality of the issue results from the large number of victims recorded each minute. The significance of the problem is not just medical, but also a social one. The general purpose of rehabilitating the patients with craniocerebral injuries is achieving a level of functioning preceding the trauma and using residual capacities. Aphasia is a complex disorder of speech which occurs as a result of traumatic injuries of the brain and which comprises different levels of speech, the entire psyche of human being. The functions of memory, attention, thinking and personality balance are affected. The recovery of an aphasic patient must include all the compartments of the linguistic function and namely: auditory and verbal reception, verbal expression, the choice of words, lexical reception through message decoding, graphic expression, codification of written messages.

Introducere

Traumatismele cranio-cerebrale sunt cauza majoră a deceselor și dizabilităților în întreaga lume în special în rândul persoanelor tinere. Cauzele includ căderi de la înălțime, accidente rutiere sau acte de violență. În ultimii ani numărul traumatismelor a crescut brusc. Accidentele, în special cele de circulație, tind să devină o maladie socială. Actualitatea problemei reiese din numărul mare de victime înregistrate în fiecare minut, semnificația problemei, fiind nu doar medicală, ci și una de ordin social. Traumatismele cranio-cerebrale trebuie tratate cu maximă seriozitate și atenție, deoarece au de nenumărate ori implicații dintre cele mai grave. În literatura de specialitate peste jumătate din numărul deceselor sunt înregistrate ca urmare a traumatismelor cranio-cerebrale. Rata incidentelor este de 1,5 ori mai mare printre bărbați față de femei. Statisticile arată că leziunile cranio-cerebrale reprezintă între 30-50% din toate traumatismele, iar în structura evoluției letale, ca urmare a traumatismului, ele ocupa primul loc. Sunt disponibile specialiștilor mai multe clasificări ale traumatismelor craniene realizate după: severitate, nivel de conștiință, status mental, localizarea traumatismului. Între sechelele neuromotorii, după nivelul lezional, în traumatismele cranio-cerebrale cel mai frecvent se întâlnesc sindromul piramidal, extrapiramidal și cerebelos. Tabloul clinic generat de acestea diferă în funcție de gravitatea leziunilor și particularitatea cazului. Funcționalitatea normală din punct de vedere fizic, cognitiv, comportamental, social poate fi grav afectată. Scopul general al reabilitării pacienților cu TCC este atingerea unui nivel de funcționare cât mai apropiat celui anterior traumei și utilizarea posibilităților restante, astfel încât funcționarea în noile circumstanțe să fie cât mai adecvată.

În clinica noastră recuperarea se desfășoară în cadrul unei echipe multidisciplinare în strânsă legătură cu pacientul și familia lui. Echipa terapeutică este una complexă, alcătuită din medici de diverse specialități (recuperator, neurolog, chirurg), kinetoterapeuți, psihologi, asistenți medicali specializați în ergoterapie, fizioterapie, nursing, logopezi. Ritmul și gradul de recuperare după traumatism poate varia considerabil, chiar și între pacienții cu leziuni similare. Cea mai mare parte din recuperarea sechelelor după traumatisme apare în primele șase luni, până la un an după traumatism, dar studiile indică faptul că îmbunătățirea funcționalității pacientului după un traumatism sever poate să apară la o perioadă de până la 10 ani după traumă. Ritmul de recuperare, chiar și gradul de recuperare pot fi îmbunătățite prin exerciții kinetice și prin terapie psihologopedică și ocupațională adecvată.

Afazia – este o dereglare complexă a vorbirii, care apare în urma leziunilor traumatiche ale creierului, ce cuprinde diverse niveluri ale vorbirii, toată sfera psihică a omului. Sunt afectate funcțiile memoriei, atenției, gândirii și al echilibrului personalității. Se dereglează funcția comunicativă, dezvoltarea autocontrolului propriei vorbiri. Recuperarea pacientului afazic trebuie să cuprindă toate compartimentele funcției lingvistice și anume: recepția auditivă, verbal, expresia verbală, alegerea cuvintelor, recepția lexicală prin decodificarea mesajelor, expresia grafică, codificarea mesajelor scrise. În general recuperarea bolnavului cu afazie generată de traumatism este mai rapidă și mai completă, decât cea din afazie determinată de stroke. Recuperarea bolnavului afazic depinde de tipul afaziei. Ca exemplu: afazia totală se remite foarte puțin în comparație cu afazia Brock sau Wernike, dar totuși recuperarea afazicilor este vizibil mai bună în cazul pacienților stângaci.

Intervenția psihologopedică presupune:

1. Evaluarea inițială realizată prin interviu cu pacientul, observație, testarea funcțiilor cognitive;
2. Stabilirea unui plan terapeutic;
3. Intervenția propriu-zisă;
4. Reevaluare.

Recuperarea limbajului începe cu examinarea posibilităților verbale ale bolnavului. Logopedul utilizează informații de la neurolog/neurochirurg privitor la caracterul și gravitatea deficienței. În mod special, determină elementele păstrate ale vorbirii. În baza investigațiilor clinice și în urma evaluării vorbirii se apreciază diagnoza ce determină forma dereglării de limbaj. Practica terapiei afaziei arată necesitatea de a începe activitatea de recuperare cât mai timpuriu. Mai des este inițiat tratamentul în condiții de staționar, care ulterior urmează în condiții de ambulator. Noi utilizăm două forme de activități recuperatorii ale vorbirii - activitate individuală și activitate în grup. Ne vom referi la descrierea aspectului conținutului individual al acestor activități, efectuate în condiții de staționar.

Activitatea individuală este considerată drept forma de bază, deoarece anume ea asigură evidențierea particularităților bolnavului, stabilirea unui contact, contribuie la realizarea psihoterapiei. În procesul de organizare și realizare a recuperării ne folosim de metodologia elaborată în neuropsihologie și logopedie (A.Luria, V.Cogan, A.Bein, L.Tvetcova). Activitatea individuală cu bolnavii este realizată în mai multe direcții: dezvoltarea vocabularului, aprecierea semnificației cuvântului, formarea propozițiilor simple și compuse, corectarea pronunției. Am început cu educația perceperii vorbirii, folosirea cuvintelor cu caracter uzual, bolnavului îi sunt prezentate imagi-

nile obiectelor uzuale și acțiunilor simple (transport, mobilier, haina s.a.). Pentru dezvoltarea și corectarea vorbirii cu fraze s-a efectuat: alcătuirea frazei după imagini de la modele simple S+P (subiect + predicat), la cele complicate cu prepoziții, articole etc.; alcătuirea frazelor cu ajutorul cuvintelor de reper, răspunsuri la întrebări propuse, alcătuirea unei mici povestiri după tablou, mici improvizații la temele date.

Deblocarea componentului articular se efectuează prin următoarele activități: corectarea dificultăților de pronunție, automatizarea sunetelor în cuvinte de diferită structură silabică, comutări articulatorii în silabe și cuvinte, precizarea pronunției sunetelor, definențierea acustică și kinestezică a sunetelor apropiate după modul de pronunție, restabilirea percepției de analiză sonoră și silabică a cuvântului, alcătuirea cuvintelor identice după structura sonoră și silabică, conștientizarea mișcărilor articulatorii. Bolnavul urmărește în fața oglinzii modul și consecutivitatea mișcărilor articulatorii, pronunță asociat, reflectat și independent.

Activitatea individuală cu bolnavul afazic este destul de eficientă, dar nu rezolvă problema restabilirii funcției comunicative. Organizarea mediului de comunicare mai efektiv are loc în activitatea în grup. În practică folosim pe larg și metodele activității în grup. Mai frecvent sunt utilizate: dramatizarea, metoda filmului, desenul, terapia prin muncă, organizarea odihnei etc. La alegerea metodelor pentru ședințe în grup luăm în considerație nivelul de manifestare a dereglărilor de vorbire la bolnavii incluși în grup. Am constatat, că la bolnavii cu dereglări majore ale vorbirii mai accesibile au fost desenul, recunoașterea și denumirea imaginii. Bolnavii cu dereglări mai puțin pronunțate participă destul de activ la conversații, dramatizări și jocuri verbale, cum sunt: "Prinde ritmul", "Continuă acțiunea", "Alege-ți rolul". Activitatea recuperatorie în grup contribuie la restabilirea capacităților comunicative ale bolnavilor, proceselor de cunoaștere, a formării fonului emoțional favorabil, în latură particularitățile negative ale bolnavilor (neîncrederea, logofobia).

Discuții

Calitatea vieții pacientului cu TCC și a familiei acestuia se schimbă, fiind determinate de modificări ale controlului psihic, autopercepției, suportului social, acceptării sociale. În îmbunătățirea calității vieții pacientului cu TCC și a familiei acestuia rolul se împarte între sistemul de sănătate, care asigură programe de reabilitare, servicii de consiliere. Informarea, accesul la diferite mijloace care pot să îmbunătățească condiția pacientului, reînserarea socială, sunt aspecte care contribuie la creșterea calității vieții. Reluarea pe cât posibil a activităților obișnuite ale pacientului reprezintă triumful unei echipe, care s-a dăruit încrezătoare în reușita sa și a unei familii care nu s-a lăsat învinsă.

Bibliografie

1. Anca, M. (2007), Logopedie, Editura Presa Universitara Clujeana, Cluj-Napoca.
2. Azouvi, P., Joseph, P. A (2007). Prise en charge des traumatismes craniocerveaux, Elsevier Masson, Paris.
3. Cucer A. Psihocorecția tulburărilor de limbaj prin acțiuni de terapie complexă. Coord. șt.: Bucun, N. Ch.: Print-Caro, SRL, 2010, 110 p.
4. Denckla M. B. A theory and model of executive function: A neuropsychological perspective. In G. R. Lyon & N. A. Krasnegor (Eds.), Attention, memory and executive function. 1996.p. 263-277.
5. Dollard J., Miller N.E. Personality and psychotherapy. New York: McGraw-Hill. 1950.
6. Verza E. Conduita verbală a școlarilor mici. București: Editura Didactică și Pedagogică, 2004. 156 p.
7. Verza E., Verza F.E. Tratat de psihopedagogie specială, București: Ed. Universității din București, 2011.
8. Vrasmas E, Stanica, C. (1997), Terapia tulburărilor de limbaj. E.D.P, București.
9. Анохин П. К. Функциональная система как основа физиологической архитектуры поведенческого акта /Избранные труды. - М.: Наука, 1979,- с. 13-99.
10. Волкова Г.А. Логопедическая ритмика.-М.: Просвещение, 1985. с. 23-182.
11. Леонтьев А. А. Психология общения. Москва, 1999.
12. Эльконин, Д.Б. Избранные психологические труды/Д.Б. Эльконин. - М.: Педагогика, 1989. 560 с.