

Cisza po udarze. Neuropsychologiczne i rodzinne konsekwencje lewostronnego udaru mózgu - studium przypadku

Silence After Stroke. Neuropsychological and Familial Consequences of Left-Hemisphere Stroke – A Case Study

Paulina Bator¹

¹ Uniwersytet Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie; ORCID: 0009-0009-1025-5502

ABSTRAKT

Artykuł stanowi analizę skutków udaru niedokrwiennego mózgu, koncentrując się na zaburzeniach motorycznych, poznawczych oraz emocjonalnych. W pierwszej części pracy przybliżono mechanizmy neurologiczne, specyfikę afazji oraz aspekty psychologiczne. Kluczowym elementem artykułu jest studium przypadku pacjenta po udarze lewostronnym z afazją. Artykuł również podkreśla rolę najbliższych. Analiza ukazuje dynamikę powrotu do sprawności poprzez wykorzystanie wielorakich metod. Praca podkreśla, że sukces zależy nie tylko od rehabilitacji, ale przede wszystkim od jakości relacji bliskich oraz akceptacji życia na nowo.

Słowa kluczowe: udar, afazja, sprawność, bliscy

WPROWADZENIE

Udar mózgu stanowi jedną z głównych przyczyn trwałej niepełnosprawności i dezintegracji społecznej u osób dorosłych. W zależności od lokalizacji i rozległości uszkodzenia, jego konsekwencje obejmują zarówno deficyty motoryczne, jak i zaburzenia funkcji poznawczych, emocjonalnych oraz językowych (Rożnowska, 2006). Szczególną złożonością charakteryzują się następstwa uszkodzeń naczyniowych w obrębie lewej półkuli mózgu, która odpowiada za funkcje językowe, analityczne oraz sekwencyjne przetwarzanie informacji. Lewostronny udar mózgu w dużym odsetku przypadków skutkuje wykształceniem struktur afatycznych, które w sposób radykalny ograniczają bądź całkowicie znoszą kompetencje komunikacyjne pacjenta (Manicki, 2024). Obniżenie poziomu zdolności interpersonalnych nie tylko skutkuje spadkiem jakości życia samego chorego, lecz generuje radykalne zmiany w strukturze i dynamice systemu rodzinnego. Zjawisko „ciszy poudarowej” wykracza poza powszechnie rozumiany brak ekspresji werbalnej, lecz stanowi głęboką barierę w sygnalizowaniu podstawowych potrzeb biopsychospołecznych. Konsekwencje neuropsychologiczne obejmują ponadto zaburzenia pamięci werbalnej, uwagi oraz regulacji emocji, co istotnie podnosi ryzyko wystąpienia depresji poudarowej (Karwowska i in., 2016).

EPIDEMIOLOGIA I PATOMECHANIZM UDARÓW MÓZGU

Udar mózgu pozostaje w czołówce najczęstszych przyczyn zgonów i trwałej niepełnosprawności na świecie. W ujęciu globalnym stanowi najczęstszą przyczynę zgonów i pierwszą przyczynę trwałej niepełnosprawności w populacji osób dorosłych. Według

informacji Światowej Organizacji Udarów Mózgu (*World Stroke Organization*) każdego roku na świecie notuje się ponad 12 milionów nowych zachorowań, co oznacza, że jedna na cztery dorosłe osoby doświadcza udaru w swoim życiu.

W Polsce dane epidemiologiczne udaru mózgu pozostają również wyraziste. Szacuje się, że w Polsce udaru mózgu doznaje rocznie około 70-80 tysięcy osób. Problem ten wpisuje się w szerszy kontekst obciążeń związanych z chorobami kardiologicznymi i naczyniowymi. Jak wskazują najnowsze dane opublikowane przez Główny Urząd Statystyczny (GUS) w Polsce, choroby układu krążenia wciąż stanowią pierwszą i najczęstszą przyczynę zgonów w polskim społeczeństwie, odpowiadając za blisko 40% wszystkich przypadków śmiertelnych. W obrębie tej grupy schorzeń udar mózgu zajmuje czołową pozycję, zaraz pod chorobą niedokrwienną serca. Raport GUS z 2025 roku zwraca ponadto uwagę na niepokojący młody wiek pacjentów ulegających ostrym zachorowaniom naczyniowym, co stanowi bezpośrednie następstwo współczesnego stylu życia, przewlekłego stresu oraz rosnącej skali chorób cywilizacyjnych, m.in. nadciśnienia tętniczego, cukrzycy czy otyłości (Karwowska i in., 2016).

W etiologii klinicznej wyróżnia się dwa główne typy udarów:

- Udar niedokrwienny (ok. 80-85% przypadków) - jest to udar wynikający z zamknięcia światła naczynia krwionośnego przez materiał zatorowy lub blaszkę miażdżycową, co prowadzi do martwicy określonego obszaru tkanki nerwowej.
- Udar krwotoczny (ok. 15-20% przypadków) - jest to udar będący następstwem pęknięcia naczynia i wylewu krwi do mózgu. Charakteryzuje się gwałtowniejszym przebiegiem i wyższym wskaźnikiem wczesnej śmiertelności.

Mózg charakteryzują się lateralizacją, co oznacza, że każda półkula odpowiada za inne procesy (Panasiuk, 2012). Choć obie strony sterują przeciwległymi stronami ciała, ich uszkodzenie daje zupełnie inny obraz kliniczny- nie tylko fizyczny, ale i psychologiczny. Na podstawie tego, dzielimy również udar mózgu prawo lub lewo stronny. Zestawienie różnic między udarem prawostronnym a lewostronnym przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. *Różnicowanie objawów w zależności od strony uszkodzenia mózgu*

Kategoria kliniczna	Udar prawostronny	Udar lewostronny
Deficyty motoryczne	Niedowład/ porażenie lewej połowy ciała	Niedowład/ porażenie prawej połowy ciała
Deficyty poznawcze	Zaburzenia orientacji przestrzennej	Afazja, apraksja
Funkcje pamięciowe	Zaburzenia pamięci niewerbalnej	Zaburzenia pamięci werbalnej- trudności z przypominaniem słów, faktów
Charakterystyka postawy	Impulsywność, tendencja do bagatelizowania objawów	Zwiększona ostrożność, lęk, wysoka świadomość własnej niepełnosprawności

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Panasiuk (2012) i Manicki (2024).

OBJAWY UDARU I ZASADA F.A.S.T.

W epidemiologii udaru mózgu czas jest najważniejszym czynnikiem decydującym o rokowaniach pacjenta. Istnieje medyczne powiedzenie: „Czas to mózg” (ang. *Time is Brain*), co oznacza, że w każdej minucie niedokrwienia obumierają miliony neuronów i każda sekunda jest bardzo istotna w ratowaniu pacjenta (Sławek, 2013).

Metodą, którą się najczęściej w medycynie ratunkowej, ale nawet nieświadomie w życiu stosuje jest międzynarodowa skala F.A.S.T. (w Polsce znana jako: Twarz, Ramię, Mowa, Czas). W przypadku rozpoznania udaru:

- F (*Face* - Twarz): Asymetria twarzy, opadający kącik ust lub powieka
- A (*Arm* - Ramię): Niedowład lub drętwienie kończyn, najczęściej jednostronne
- S (*Speech* - Mowa): To jeden z najbardziej charakterystycznych objawów przy udarze. Mowa staje się bełkotliwa, niewyraźna lub całkowicie niezrozumiana. Chory sprawia wrażenie osoby pod wpływem alkoholu, mimo braku jego spożycia.
- T (*Time* - Czas): Jeśli wystąpi chociaż jeden z powyższych objawów, należy natychmiast powiadomić pogotowie ratunkowe. Każda minuta jest cenna i może uratować życie.

Warto podkreślić, że nawet jeśli objawy mowy ustąpią samoistnie, nie można ich bagatelizować. Mogą świadczyć o mikroudarze, czyli TIA, który zazwyczaj trwa kilka minut, ale niemal zawsze jest oznaką pełnoobjawowego udaru, który może nastąpić w ciągu najbliższych godzin lub dni. Szybka reakcja na niepokojące nas zachowania może uratować życie, nigdy nie należy ignorować żadnych z powyższych objawów (Sławek, 2013).

SPECYFIKA KONSEKWENCJI LEWOSTRONNYCH USZKODZEŃ MÓZGU

Lewostronne uszkodzenie mózgu, najczęściej będące wynikiem udaru niedokrwinnego w obszarze unaczynienia lewej tętnicy środkowej mózgu, niesie ze sobą bardzo specyficzne deficyty. U około 95% osób praworęcznych i około 70% leworęcznych lewa półkula jest dominująca dla funkcji językowych, jej uszkodzenie uderza bezpośrednio w fundamenty interakcji społecznej.

Uszkodzenie lewej półkuli zazwyczaj wpływa na logiczne myślenie, analizę szczegółów oraz operacje sekwencyjne. W przeciwieństwie do pacjentów z uszkodzeniem prawostronnym, chorzy z uszkodzeniem lewostronnym są często bardzo świadomi swoich ograniczeń i aktualnej sytuacji życiowej.

ZNACZENIE KOMUNIKACJI DLA JAKOŚCI ŻYCIA CHOREGO I RODZINY

Najbardziej dotkliwą i brzemienną w skutkach konsekwencją lewostronnego uszkodzenia mózgu jest afazja. Stanowi ona barierę, która oddziela chorego od jego dotychczasowego świata, uderzając w sam fundament ludzkiej egzystencji, czyli zdolności do porozumiewania się (Kaczmarek, 2016). Afazja nie jest chorobą samą w sobie, lecz zespołem objawów wynikających z ogniskowego uszkodzenia struktur korowych i podkorowych dominującej półkuli mózgu. Mechanizm uszkodzenia polega na przerwaniu sieci neuronalnych odpowiedzialnych za kodowanie i dekodowanie symboli językowych (Panasiuk, 2012). W wyniku niedokrwienia lub krwotoku dochodzi do zniszczenia obszarów, które są odpowiedzialne za mowę.

Główne rodzaje afazji i ich objawy (Panasiuk, 2012):

- Afazja motoryczna (Broca) - chory rozumie, co się do niego mówi, ale ma dużą trudność z wypowiedzaniem słów. Pacjent doświadczając takiej afazji, często przeżywa silną frustrację w komunikacji z inną osobą, czując się "więźniem" własnych myśli.
- Afazja czuciowa (Wernicke) - pacjent mówi płynnie, ale jego wypowiedzi są pozbawione sensu. Pojawiają się neologizmy i zniekształcenia słów. Kluczowym problemem jest brak rozumienia mowy- chory słyszy dźwięki, ale nie potrafi nadać im znaczenia.

- Afazja amnestyczna - uznawana jest jako najlżejsza postać afazji. Polega na trudnościach w nazywaniu przedmiotów. Najczęściej chory zamiast nazwać przedmiot, opisuje do czego on służy.
- Afazja globalna - najcięższy rodzaj afazji. Powstaje na skutek rozległego uszkodzenia lewej półkuli. Objawia się całkowitą lub prawie całkowitą utratą zdolności mówienia i rozumienia. Komunikacja ogranicza się często do stereotypowych okrzyków lub pojedynczych sylab.

Zrozumienie specyfiki afazji jest kluczowym fundamentem opieki nad chorym, ponieważ deficyt ten uderza w najbardziej ludzki aspekt bytowania- zdolność do bycia rozumianym (Karwowska i in., 2016). Dla rodziny i najbliższych chorego najważniejsze jest przyjęcie perspektywy, w której brak odpowiedzi nie oznacza braku chęci rozmowy oraz braku potrzeb chorego, jego uczuć czy procesów myślowych (Manicki, 2024).

Kiedy tradycyjne kanały komunikacji werbalnej zostają przerwane w wyniku afazji, kluczowe staje się wdrożenie metod AAC (*Augmentative and Alternative Communication*), czyli komunikacji wspomagającej i alternatywnej. Jej celem nie jest zastąpienie mowy, ale zbudowanie "łączości" chorego z otoczeniem, która pozwoli mu na wyrażaniu potrzeb, emocji, co może wpłynąć na podniesieniu jakości jego życia i jego rodziny. Wybór odpowiedniej metody AAC dla starszych z niepełnosprawnością osób po udarze wymaga szczególnej wrażliwości (Sienkiewicz- Jarosz, 2020). U seniorów często trzeba brać pod uwagę nie tylko afazję, ale także współistniejące ograniczenia: słabszy wzrok, obniżoną sprawność manualną, niedowład. Dla rodziny chorego, opanowanie narzędzi AAC może wiązać się z dużymi trudnościami, szczególnie u osób starszych (Sienkiewicz- Jarosz, 2020). Jednak należy pamiętać, że przejście z roli biernego obserwatora do aktywnego partnera w dialogu, jest kluczowym czynnikiem zapobiegającym izolacji społecznej całego systemu rodzinnego.

Również ważna w procesie rehabilitacji jest rola logopedy, a ściślej neurologopedy (Kaczmarek, 2016). W powszechnym mniemaniu logopeda zajmuje się głównie prawidłową wymową, jednak w przypadku pacjenta poudarowego, rekonwalescencja musi sięgać od początkowej nauki mowy aż do podstawowej komunikacji z otoczeniem.

Mało osób wie, że neurologopeda to specjalista, który często jako pierwszy decyduje o tym, czy pacjent po udarze może bezpiecznie jeść. Dysfagia, czyli zaburzenia połykania dotyczą ogromnej ilości pacjentów po udarze mózgu. Nieprawidłowa praca mięśni po udarze może prowadzić do zachłyśnięcia, które w konsekwencji może być przyczyną zgonu. W przypadku udarów lewostronnych neurologopeda staje się swoistym „tłumaczem”. Nie tylko pomaga pacjentowi na nowo opanować słowa, ale również poprzez odpowiednio dobrane ćwiczenia stymuluje mózg do tworzenia nowych połączeń nerwowych, które mogą przejąć funkcje uszkodzonych ośrodków. Neurologopeda dobiera także terapię odpowiednio do rodzaju afazji. Inaczej będzie pracował z pacjentem, który rozumie mowę, ale ma trudności z mówieniem - jest to charakterystyczne dla afazji Broki - a inaczej z pacjentem, który mówi płynnie, lecz jego wypowiedzi są pozbawione sensu, co jest typowe dla afazji Wernickego (Puchalska, 2016).

Zdarza się tak, że udar uszkodził drogi nerwowe sterujące mięśniami artykulacyjnymi, mowa staje się bełkotliwa i niewyraźna. Wprowadzenie odpowiednio dobranej terapii logopedycznej i wsparcie AAC, są nie tylko elementem leczenia, ale także aktem przywracania choremu jego godności i podmiotowości w relacjach z najbliższym otoczeniem.

ZABURZENIA POZOSTAŁYCH FUNKCJI PRZY UDARZE MÓZGU LEWOSTRONNYM

Ruch

Lewostronny udar mózgu rzadko ogranicza się jedynie do deficytów mowy. Zaburzenia motoryczne stanowią jeden z najbardziej widocznych skutków udaru i wynikają z uszkodzenia dróg piramidowych, które odpowiadają za przekazywanie sygnałów z kory mózgowej do mięśni. Niedowład (*hemiparesis*) i porażenie (*hemiplegia*) to najczęstsze następstwa objawiające się po przeciwnej stronie niż ognisko udaru. Niedowład to osłabienie siły mięśniowej, podczas gdy porażenie to całkowita niemożność ruchu (Tomaszewska. 2023). Chory traci zdolność do precyzyjnych chwytów, a w cięższych przypadkach do pionizacji ciała. Spastyczność, czyli wzmożone napięcie mięśniowe pojawia się dopiero kilka tygodni po udarze (Karwowska i in., 2016). Mięśnie stają się wówczas nadmiernie napięte i sztywne, co prowadzi do charakterystycznego ustawienia kończyn (przykładowo: zgięta ręka i zwinięte do środka palce, podwinięta stopa). Spastyczność nie tylko utrudnia ruch, ale powoduje ból i trwałe przykurcze.

Myślenie, pamięć

Uszkodzenie mózgu uderza również w funkcje myślenia oraz pamięci. Chory często staje się osobą rozkojarzoną i potrzebującą więcej odpoczynku. Ma również problemy z selekcją informacji. Występuje tzw. *fatigue*, czyli patologiczne zmęczenie poznawcze, gdzie po krótkiej, kilkuminutowej aktywności umysłowej, pacjent potrzebuje wielogodzinnego odpoczynku bądź snu (Karwowska i in., 2016). Najbardziej przy lewostronnym udarze mózgu cierpi również zdolność zapamiętywania nowych faktów. Zdarza się, że chory perfekcyjnie umie powiedzieć wydarzenia oraz słowa sprzed kilkunastu lat, a ma problem z podstawowymi wyrażeniami z teraźniejszości.

Emocje

Zaburzenia emocjonalne po udarze mózgu stanowią złożony problem, w którym cierpienie psychiczne może współwystępować z uszkodzeniem struktur układu limbicznego. Zrozumienie, że u chorego mogą występować niekontrolowane zmiany nastroju, jest kluczowe zarówno dla pacjenta, jak i jego bliskich, ponieważ pozwala zmniejszyć poczucie winy i obciążenie emocjonalne związane z chorobą (Karwowska i in., 2016). Osoby po udarze mózgu często obwiniają siebie za wystąpienie choroby, dlatego istotne jest zapewnienie im kompleksowego wsparcia psychologicznego oraz otoczenie ich odpowiednią opieką i troską.

Adaptacja do nagłej niepełnosprawności stanowi złożony proces psychologiczny. Zrozumienie dynamiki emocjonalnej tego procesu ułatwia model pięciu etapów reagowania na stratę autorstwa E. Kübler-Ross (1979), obejmujący kolejno: zaprzeczenie, gniew, targowanie się, depresję oraz akceptację. Należy jednak podkreślić, że etapy te nie tworzą sztywnej, linearnej sekwencji, lecz stanowią schemat ułatwiający zrozumienie złożoności reakcji emocjonalnych. Pacjenci mogą powracać do wcześniejszych etapów lub doświadczać kilku z nich jednocześnie.

Kluczem do zapewnienia odpowiedniego wsparcia emocjonalnego po udarze mózgu są również cierpliwość oraz edukacja pacjenta i jego bliskich. Rodzina powinna mieć świadomość, z jakimi trudnościami mierzy się osoba po udarze, a także rozumieć, że niektóre

zachowania mogą wynikać z konieczności ponownego uczenia się regulowania i wyrażania emocji (Kübler-Ross, 1979). W wielu przypadkach niezbędne może okazać się również wsparcie neuropsychologa oraz zastosowanie farmakoterapii, której celem jest łagodzenie zaburzeń emocjonalnych i poprawa funkcjonowania pacjenta, co może wspierać jego proces rehabilitacji.

NEUROPLASTYCZNOŚĆ JAKO PODSTAWA PROCESÓW NAPRAWCZYCH I ŹRÓDŁO NADZIEI NA POPRAWĘ FUNKCJONOWANIA PO UDARZE MÓZGU

Przez wiele lat w medycynie dominował pogląd, że mózg dorosłego człowieka jest strukturą niezmienną, a uszkodzenie neuronów prowadzi do nieodwracalnej utraty pełnionych przez nie funkcji (Karwowska i in., 2016). Współczesna medycyna podważyła to przekonanie, wskazując na istnienie neuroplastyczności, czyli zdolności mózgu do reorganizacji oraz przejmowania utraconych funkcji przez jego nieuszkodzone obszary. Aby jednak proces ten mógł zachodzić efektywnie, konieczna jest długotrwała, intensywna i odpowiednio ukierunkowana rehabilitacja (Tomaszewska, 2023). Mózg reorganizuje się przede wszystkim pod wpływem aktywnej i powtarzalnej stymulacji, dlatego systematyczność ćwiczeń ma kluczowe znaczenie w procesie odzyskiwania sprawności. Szczególna podatność mózgu na zmiany występuje w pierwszych miesiącach po udarze, dlatego właśnie w tym okresie intensywność rehabilitacji może mieć istotne znaczenie dla dalszego poziomu sprawności pacjenta (Tomaszewska, 2023). Istotne jest również, aby ćwiczenia były dla chorego znaczące i odpowiadały jego rzeczywistym potrzebom. Mózg łatwiej przyswaja zadania i ruchy, które mają zastosowanie w codziennym życiu, niż czynności pozbawione praktycznego znaczenia.

Ważnym przesłaniem dla chorych i ich rodzin jest fakt, że choć największe postępy można zaobserwować na początku, neuroplastyczność nie kończy się nigdy. Nawet wiele lat po udarze mózg zachowuje zdolność do zmian, jednak proces ten wymaga wówczas większej cierpliwości i czasu (Adamczyk, 2003).

Neuroplastyczność jest dowodem na to, że diagnoza po udarze nie musi być wyrokiem, lecz może stanowić początek nowego procesu uczenia się. Każda godzina spędzona pod okiem specjalistów z różnych dziedzin jest ważna i stanowi kolejny krok w kierunku odzyskiwania sprawności przez chorego. Umacnia go również w przekonaniu, że systematyczna praca i zaangażowanie są niezbędne do osiągnięcia oczekiwanych efektów (Rożnowska, 2006).

OBCIĄŻENIA FINANSOWE I WSPARCIE INSTYTUCJONALNE

Udar mózgu stanowi nie tylko nagły stan zagrożenia życia, ale również wiąże się ze znacznym obciążeniem ekonomicznym, dotyczącym zarówno system ochrony zdrowia, jak i bezpośrednio budżetów domowych pacjentów. Leczenie farmakologiczne, specjalistyczna opieka lekarska, a także intensywna neuror rehabilitacja, która ze względu na ograniczenia refundacyjne często wymaga korzystania z prywatnych świadczeń, wiążą się ze znacznymi nakładami finansowymi (Adamczyk, 2003). Dodatkowe koszty obejmują zakup niezbędnych rzeczy medycznych (wózków inwalidzkich, ortez, łóżek rehabilitacyjnych, materiałów chłonnych) oraz adaptację architektoniczną przestrzeni mieszkalnej do możliwości ruchowych chorego. Sytuację finansową komplikuje fakt, iż udar mózgu często dotyczy osób w wieku produkcyjnym, co skutkuje nagłą utratą dochodów (Tomaszewska, 2023). Obciążenie to dotyczy również najbliższej rodziny pacjenta. Przejęcie obowiązków

opiekuńczych przez opiekuna nierzadko wiąże się z koniecznością ograniczenia lub rezygnacji z aktywności zawodowej, a także z całkowitą reorganizacją dotychczasowego rytmu dnia.

System wsparcia dla pacjenta po udarze mózgu funkcjonuje w Polsce dwutorowo, obejmując świadczenia medyczne oraz pomoc społeczną. Sprawna nawigacja w procedurach formalnych ma istotne znaczenie dla optymalizacji długoterminowej opieki nad chorym (NFZ, 2024).

Wsparcie medyczne (NFZ)

W ramach świadczeń gwarantowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia pacjentom przysługują: (1) oddziały rehabilitacji neurologicznej - dedykowane pacjentom w pierwszych tygodniach i miesiącach po wystąpieniu incydentu ostrego; (2) rehabilitacja domowa - przeznaczona dla chorych ze znacznym stopniem niepełnosprawności, u których deficyty motoryczne uniemożliwiają samodzielne dotarcie do placówek ambulatoryjnych; (3) pielęgnarska opieka długoterminowa - obejmująca wizyty personelu pielęgnarskiego w środowisku domowym (m.in. podawanie leków, zmiana opatrunków, profilaktyka przeciwozleżynowa); (4) zakłady opiekuńczo-lecznicze (ZOL) - przeznaczone dla pacjentów, którzy zakończyli leczenie szpitalne, lecz ze względu na stan zdrowia wymagają całodobowego nadzoru medycznego, którego rodzina nie jest w stanie zabezpieczyć.

Wsparcie społeczne i finansowe (PZON / PCPR / ZUS)

Wsparcie instytucjonalne opiera się na rozdzieleniu kompetencji między różne organy administracji państwowej i samorządowej:

- Orzecznictwo - podstawowym etapem jest uzyskanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności. Należy podkreślić, że dokument ten wydawany jest przez Powiatowy (lub Miejski) Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności (PZON/MZON). Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie (PCPR) odpowiada za późniejszą dystrybucję środków pomocowych (np. dofinansowanie turnusów rehabilitacyjnych czy likwidacji barier architektonicznych). Niezależnie od tego systemu, Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) prowadzi własne orzecznictwo do celów rentowych (orzekanie o niezdolności do pracy i niezdolności do samodzielnej egzystencji).
- Świadczenia finansowe - w zależności od wydanych orzeczeń, choremu może przysługiwać renta z tytułu niezdolności do pracy. Niezbędne jest rozróżnienie dwóch form wsparcia: zasiłku pielęgnacyjnego (wypłacanego ze środków pomocy społecznej/gminy na podstawie orzeczenia PZON) oraz dodatku pielęgnacyjnego (wypłacanego przez ZUS osobom z orzeczoną niezdolnością do samodzielnej egzystencji lub po ukończeniu 75. roku życia). Zgodnie z polskim prawodawstwem, wymienione świadczenia wykluczają się wzajemnie i nie mogą być pobierane jednocześnie.

Prawidłowe zrozumienie i skoordynowanie procedur administracyjnych pozwalają na zapewnienie ciągłości opieki nad chorym. Stabilizacja sytuacji bytowej rodziny przyczynia się do obniżenia poziomu stresu opiekunów, co z kolei może stworzyć korzystniejsze warunki dla procesu usprawniania pacjenta (Tomaszewska, 2023).

STUDIUM PRZYPADKU - PACJENT Z LEWOSTRONNYM UDAREM MÓZGU

W badaniu zastosowano metodę indywidualnego studium przypadku. Materiał badawczy stanowiły dokumentacja medyczna, pogłębiony wywiad z żoną pacjenta oraz informacje dotyczące jego wieloletniego funkcjonowania w środowisku domowym. Badanie przeprowadzono za zgodą pacjenta oraz jego żony na wykorzystanie zgromadzonych informacji w celach naukowych. Dane umożliwiające bezpośrednią identyfikację zostały pominięte lub zmienione w celu zachowania anonimowości i poufności.

Opis przypadku dotyczy pacjenta - Tadeusza, obecnie w wieku 78 lat (stan na 2026 rok). W dniu 22 października 2010 roku, w wieku 62 lat, po powrocie z prac rolniczych, u pacjenta wystąpiły nagle zaburzenia artykulacji. Mowa stała się bełkotliwa, niewyraźna i niezrozumiała dla otoczenia. Żona pacjenta, prawidłowo rozpoznając występujące objawy jako stan zagrożenia życia, niezwłocznie wezwała Zespół Ratownictwa Medycznego, który przetransportował Tadeusza do szpitala. Wykonane w szpitalu badanie obrazowe - tomografia komputerowa - potwierdziło wystąpienie udaru niedokrwiennego.

Początkowy stan kliniczny pacjenta był oceniany jako stabilny, do tego stopnia, iż rozważano wypis i kontynuację diagnostyki w trybie ambulatoryjnym. Jednak w trzeciej dobie hospitalizacji, w godzinach nocnych, nastąpiło gwałtowne pogorszenie obrazu klinicznego, co jest zjawiskiem nierzadkim w fazie ostrej udaru mózgu związanym m.in. z narastaniem obrzęku mózgu wokół ogniska niedokrwiennego. U chorego rozwinęło się całkowite porażenie prawostronne (hemiplegia obejmująca kończynę górną i dolną) oraz afazja ruchowa (motoryczna typu Broca) w wyniku rozległego niedokrwienia struktur lewej półkuli mózgu. Pacjent utrzymał zdolność percepcyjną i rozumienie komunikatów werbalnych, jednak utracił możliwość mowy spontanicznej. Pełna świadomość własnych deficytów, połączona z nagłą barierą w przekazywaniu intencji, stanowiła dla chorego źródło silnej frustracji oraz przewlekłego napięcia nerwowego, charakteryzującą się drażliwością i wahaniami nastroju w pierwszych tygodniach po zachorowaniu.

Szczególnie istotnym zjawiskiem neuropsychologicznym zaobserwowanym w opisywanym przypadku jest zachowanie tzw. mowy zautomatyzowanej. Mimo głębokiej afazji motorycznej i znaczących trudności z wypowiedzią podstawowych słów w codziennym dialogu, pacjent potrafi płynnie recytować wieczorne modlitwy, odmawiać różaniec oraz śpiewać znane pieśni (m.in. „Barkę”). Obserwowane zjawisko jest zgodne z opisywanym w literaturze mechanizmem kompensacyjnym, w którym mowa zautomatyzowana oraz wyuczone sekwencje muzyczne mogą być podtrzymywane przez zachowane struktury prawej półkuli oraz ośrodki podkorowe, mimo uszkodzenia obszarów językowych lewej półkuli, w tym okolicy Broki.

W sferze codziennego języka spontanicznego u pacjenta wykształciła się charakterystyczna stereotypia słowna. Chory posługuje się zautomatyzowanym, stałym zwrotem (w tym przypadku frazą: „chodź no pokaz”), który w zależności od kontekstu sytuacyjnego i towarzyszącej gestykulacji przyjmuje różnorodne znaczenia m.in. do sygnalizowania prośb kierowanych do innych, prośby o podanie przedmiotu czy wskazania konkretnego miejsca w przestrzeni.

Codzienna komunikacja z otoczeniem opiera się na strategii pytań zamkniętych oraz wysokiej intuicji środowiska rodzinnego. Główny opiekun (żona) konstruuje komunikaty w sposób umożliwiający pacjentowi odpowiedź twierdzącą lub przeczącą, głównie poprzez potakiwanie, zaprzeczanie ruchem głowy lub krótkie stwierdzenia- tak/nie). Ponadto, system

ten ma charakter asymetryczny, Żona Pacjenta pełni rolę głównego nadawcy informacji bieżących, podczas gdy chory przyjmuje rolę aktywnego odbiorcy, zachowując pełne rozumienie przekazu.

Proces wczesnej rehabilitacji rozpoczął się w 10. dobie od zachorowania na specjalistycznym oddziale rehabilitacyjnym, gdzie pacjent spędził kilka tygodni. Dalsze usprawnianie przybrało formę systematycznej opieki długoterminowej w domu. W latach 2011–2021 chory rutynowo uczestniczył w sesjach terapeutycznych (dwie jednogodzinne wizyty specjalistów tygodniowo), które uzupełniano państwowymi turnusami sanatoryjnymi. Celem terapii było zapobieganie spastyczności mięśni oraz nauka podstawowych czynności życiowych od nowa.

W 2015 roku ciągłość procesu usprawniania została zakłócona. Podczas spaceru pacjent stracił równowagę, a w wyniku upadku doznał urazu, tj. złamania obojczyka. Zdarzenie to skutkowało nie tylko przymusowym unieruchomieniem i regresem wypracowanych funkcji motorycznych, ale przede wszystkim wtórnym obniżeniem nastroju i utratą motywacji do ćwiczeń. Powrót do systematycznej pracy nastąpił dopiero po całkowitym zrośnięciu i wymagał intensywnego wsparcia psychicznego ze strony środowiska rodzinnego.

Kwestie formalno-prawne zostały niezwłocznie uregulowane przez żonę pacjenta po wystąpieniu udaru. Pacjent uzyskał orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności. Zabezpieczenie socjalne początkowo opierało się na wsparciu z Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie (MOPR), natomiast po ukończeniu przez pacjenta 75. roku życia, głównym świadczeniem stabilizującym budżet domowy stał się ustawowy dodatek pielęgnacyjny wypłacany przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS).

Obecnie (po 14 latach od udaru) 78-letni pacjent funkcjonuje w oparciu o silnie ustrukturyzowaną rutynę domową. Rygorystyczne przestrzeganie stałego harmonogramu stanowi dla niego fundamentalny mechanizm redukcji lęku i utrzymania poczucia bezpieczeństwa, typowy dla pacjentów z uszkodzeniami lewopółkulowymi. Każdy dzień rozpoczyna się od niezmiennej serii zajęć: porannych czynności higienicznych (samodzielne golenie się), ubierania oraz ścielenia łóżka. Wysoce schematyczny charakter przybrały również nawyki żywieniowe pacjenta. Chory akceptuje posiłki przygotowywane wyłącznie przez żonę – na śniadanie niezmiennie spożywa tylko kanapki z wędliną, a na obiad zawsze pacjent musi zjeść ziemniaki.

W zakresie aktywności poznawczej dominującą czynnością pacjenta jest wielogodzinne śledzenie telewizyjnych serwisów informacyjnych i wiadomości ze świata. Chory w pełni samodzielnie obsługuje pilot. Zwieńczeniem każdego dnia jest stały rytuał wieczornego różańca.

Wypadek z przeszłości, skutkujący urazem i złamaniem obojczyka, wykształcił u pacjenta kinezofobie (paraliżujący lęk przed ruchem i ponownym upadkiem). Chory porusza się przy pomocy kuli ortopedycznej, jednak wykazuje niechętny stosunek do korzystania z niej. Ze względu na barierę afatyczną, pacjent odczuwa wstyd przed interakcją w obcych miejscach, co prowadzi do wtórnego wycofywania się ze środowiska zewnętrznego. Aktywność spacerowa została zredukowana do minimum, jeśli następuje, odbywa się wyłącznie po doskonale znanych, stałych ścieżkach, w towarzystwie żony, w obrębie własnego osiedla, co gwarantuje mu niezbędne poczucie kontroli nad otoczeniem.

Istotną rolę w procesie funkcjonowania Tadeusza po udarze odegrała jego żona, Krystyna. Od początku choroby przeorganizowała swoje codzienne życie, dostosowując je do potrzeb męża i przejmując większość obowiązków związanych z jego opieką. Stała się nie

tylko jego głównym opiekunem, ale również ważnym ogniwem w procesie komunikacji i codziennego funkcjonowania. Pomimo upływu lat oraz własnego podeszłego wieku nadal aktywnie uczestniczy w opiece nad mężem, zapewniając mu poczucie bezpieczeństwa i ciągłość wsparcia. Przypadek Tadeusza pokazuje, jak istotną rolę w procesie powrotu do sprawności i adaptacji do życia po udarze może odgrywać najbliższe otoczenie pacjenta. Obecność i zaangażowanie żony stanowią ważny element codziennego funkcjonowania chorego, szczególnie w sytuacji utrzymujących się zaburzeń komunikacji. Jej wsparcie pozwala pacjentowi na aktywne uczestnictwo w życiu rodzinnym oraz ułatwia mu radzenie sobie z ograniczeniami wynikającymi z afazji.

PODSUMOWANIE

Udar mózgu stanowi jedno z najbardziej radykalnych i wielowymiarowych doświadczeń, jakie mogą dotknąć pacjenta oraz jego rodzinę. Jak wykazano w niniejszym opracowaniu, następstwa udaru mózgu wykraczają daleko poza sferę fizyczną. Uderzają one w fundamenty relacji międzyludzkich poprzez barierę afazji, zmieniają dynamikę emocjonalną, a także znacząco wpływają na stabilność ekonomiczną i organizacyjną rodziny. Jednak współczesna rehabilitacja, wsparta wielokierunkowymi metodami terapii oraz formami komunikacji wspomagającej i alternatywnej, otwiera szerokie możliwości poprawy jakości życia pacjenta, nawet w przypadku głębokich i utrwalonych deficytów neurologicznych.

Przytoczona historia 78-letniego pacjenta, który od kilkunastu lat funkcjonuje z rozległymi następstwami udaru niedokrwienego lewej półkuli, stanowi wyraźną ilustrację faktu, że proces readaptacji nie kończy się na wypisie ze szpitala. W istocie jest to trwające całe życie wyzwanie, wymagające nieustannej plastyczności zarówno od samego chorego, jak i od jego otoczenia. Analizowany przypadek rzuca światło na zdolności kompensacyjne ludzkiego układu nerwowego. Nie sposób jednak mówić o sukcesie długoterminowej rehabilitacji, nie wspominając o nieocenionej roli i niezłomnej determinacji opiekunów osób chorych. Zaadaptowanie środowiska domowego do potrzeb pacjenta, wypracowanie indywidualnego systemu komunikacji opierającego się na intuicji i pytaniach zamkniętych oraz przejęcie przez żonę roli domowego terapeuty, to filary, na których opiera się codzienne funkcjonowanie chorego. To właśnie ta bezwarunkowa bliskość, wsparta systematyczną pracą i gotowością do rezygnacji z własnego komfortu, okazuje się najskuteczniejszym lekarstwem na wstyd, frustrację i społeczną izolację, jakie niesie ze sobą choroba. Przypadek ten pokazuje, że medycyna może uratować życie, jednak to obecność, zaangażowanie i wsparcie najbliższych pomagają pacjentowi odnaleźć jego wartość i sens na nowo.

BIBLIOGRAFIA

- Adamczyk, K. (2003). *Pielęgowanie chorych po udarach mózgowych*. Lublin: Wydawnictwo Czelej.
- Główny Urząd Statystyczny (GUS) (2025). *Trwanie życia w 2024 r.* Warszawa: GUS.
- Kaczmarek, T. (2016). *Udar mózgu i afazja. Wspomnienia Tadeusza T. Kaczmarka*. Warszawa: Wydawnictwo Difin.
- Karwowska, A., Kossobudzka, M., Moskal, W., Staszak, K., Twardowska, A., Tomkowska, E., Waloch-Matlakiewicz, N. (2016). *Udar - poradnik dla pacjentów i ich bliskich*. Warszawa: Wydawnictwo Agora.
- Kübler-Ross, E. (1979). *Rozmowy o śmierci i umieraniu*. Poznań: Media Rodzina.

- Manicki, K. (2024). *Terapia afazji. Część 2. Trening nazywania*. Warszawa: Wydawnictwo Difin.
- Panasiuk, J. (2012). *Afazja a interakcja. TEKST - metaTEKST - konTEKS*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Rożnowska, K. (2006). *Udar mózgu*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Sienkiewicz-Jarosz, H. (2020). *Udar mózgu. Kompendium dla praktyka*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Sławek, J. (2013). *Spastyczność - od patofizjologii do leczenia*. Gdańsk: Wydawnictwo Via Medica.
- Tomaszewska, J. (2023). *Wsparcie po udarze mózgu*. Warszawa: Wydawnictwo Medicum Education.

AKTY PRAWNE

Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.

Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

ABSTRACT

This article analyzes the consequences of ischemic stroke, focusing on motor, cognitive, and emotional impairments. The first part of the paper provides an overview of the underlying neurological mechanisms, the specific characteristics of aphasia, and relevant psychological aspects. The central element of the article is a case study of a patient who experienced a left-hemisphere stroke resulting in aphasia. Particular attention is also paid to the role of close family members and significant others in the recovery process. The analysis illustrates the dynamics of regaining functional abilities through the use of multiple rehabilitation approaches. The findings highlight that successful recovery depends not only on rehabilitation but, above all, on the quality of relationships with close others and the acceptance of a new way of living after stroke.

Keywords: stroke, aphasia, functional ability, close others

zgłoszone: 01.02.2026; zaakceptowane: 03.08.2026; opublikowane: 20.08.2026