Zbigniew Tarkowski
email: ztarkowski@wsb-nlu.edu.pl
ORCID: 0000-0003-4970-8512
Wyższa Szkoła Biznesu – National Louis University

Terapia neuropsychologiczna i neurologopedyczna dorosłych

Neuropsychological and Neurologopeadic Therapy for Adults

DOI: 10.66935/978-83-65926-16-6.10

© 2025 Zbigniew Tarkowski
Praca opublikowana na licencji Creative Commons Uznanie autorstwa – Na tych samych warunkach 4.0 Międzynarodowe (CC BY-SA 4.0).
Treść licencji dostępna jest pod adresem: https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.pl

Cytuj jako: Tarkowski, Z. (2025). Terapia neuropsychologiczna i neurologopedyczna dorosłych. W: J. Felczak (red.), *Przekraczanie granic między sferami egzystencji* (T. 1). (s. 139-146). Wydawnictwo WSB-NLU.

Streszczenie: W szybko starzejącym się społeczeństwie oraz obniżającym się wieku zachorowalności na choroby neurologiczne rośnie zapotrzebowanie i ranga terapii / rehabilitacji neuropsychologicznej i neurologopedycznej. Oba rodzaje terapii mają na celu przywracanie funkcji poznawczych (terapia neurospychologiczna) i językowych (terapia neuropsychologiczna). W ramach podejścia holistycznego próbuje się łączyć obie formy terapii, ale w praktyce jest to trudne zadanie. Niezależnie od przyjętej strategii powinno je się rozpocząć od przeprowadzenia diagnozy dla potrzeb terapii, stanowiącej poszerzenie diagnozy klinicznej, ale zanurzonej w procesie terapeutycznym. Służy temu autorski *Kwestionariusz Diagnoz dla Potrzeb Terapii.* Jego użycie ułatwia prowadzenie i ocenę efektywności *Terapii Skoncentrowanej na Rozwiązaniu Problemów.* Jest to podejście krótkoterminowe skupione na teraźniejszości oraz czynnikach motywujących pacjenta. Szkolenie w terapii obejmuje: 1. wykład prowadzony w formie dialogu z elementami psychoedukacji filmoterapii, 2. ćwiczenia z udziałem studentów występujących naprzemiennie w roli terapeutów i pacjentów oraz 3. projekt realizowany na terenie domu pomocy społecznej z udziałem mieszkańców z uszkodzeniem mózgu w dojrzałym lub podeszłym wieku.

Abstract: With a rapidly aging society and a decreasing age of onset for neurological diseases, the need for and importance of neuropsychological and speech therapy/rehabilitation are growing. Both types of therapy aim to restore cognitive functions (neuropsychological therapy) and linguistic functions (neuropsychological therapy). Within a holistic approach, attempts are made to combine both forms of therapy, but in practice, this is a difficult task. Regardless of the strategy adopted, it should begin with a diagnosis for therapy, which expands on the clinical diagnosis but is embedded in the therapeutic process. This is achieved using our pro-

prietary Diagnostic Questionnaire for Therapy Needs. Its use facilitates the implementation and evaluation of Problem-Focused Therapy's effectiveness. This short-term approach focuses on the present and the patient's motivating factors. The therapy training includes: 1. a lecture delivered in a dialogue format with elements of psychoeducation and film therapy; 2. exercises with students alternating between therapists and patients; and 3. a project implemented at a social welfare home with the participation of residents with mature or elderly brain injuries.

Słowa kluczowe: terapia, neuropsychologia, neurologopedia, edukacja

Keywords: therapy, neuropsychology, neurologopedics, education

Wprowadzenie

Społeczeństwo starzeje się w szybkim tempie oraz obniża się wiek zachorowalności na choroby neurodegeneracyjne. Rośnie zapotrzebowanie na usługi neuropsychologiczne i neurologopedyczne wśród osób dorosłych oraz w podeszłym wieku. Kluczowym hasłem w tym obszarze staje się terapia.

Termin „terapia" jest nadużywany i dawno już utracił swoje pierwotne znaczenie – „leczenie". W medycynie jest zastępowany pojęciem „rehabilitacja" (Pąchalska, 2022). Trudno jest rozstrzygnąć, co jest, a co nie jest terapią, a jeszcze trudniej jest określić, kiedy mamy do czynienia z terapią/rehabilitacją neuropsychologiczną lub neurologopedyczną. Przyjmuje się najczęściej, że ta pierwsza, to proces terapeutyczny mający na celu przywracanie i usprawnianie funkcji poznawczych (pamięć, uwaga, myślenie), emocjonalnych i behawioralnych u osób z uszkodzeniami mózgu (np. po udarach, urazach, w chorobach neurodegeneracyjnych), a ta druga, to także proces przywracania lub usprawniania tyle, że języka i komunikacji u tych samych osób (Pąchalska, 2022; Tarkowski, 2021). Procesy te bazują na neuroplastyczności mózgu, której teorie stanowią fundament postępowania terapeutycznego lub rehabilitacyjnego (Pąchalska, 2022).

W ujęciu holistycznym terapia/ rehabilitacja neuropsychologiczna i neurologopedyczna powinny wzajemnie uzupełniać się, bo niemożliwe jest kształtowanie funkcji językowych bez rozwijania funkcji poznawczych i na odwrót. Są one ściśle powiązane ze sobą i powinny być stymulowane równolegle. W praktyce, o terapii neuropsychologicznej mówi się, gdy prowadzi ją neuropsycholog, a o terapii neurologopedycznej, kiedy prowadzi ją neurologopeda, nie wnikając w zakresy ich kompetencji.

Niestety, rzadko dochodzi do rzeczywistej współpracy między tymi specjalistami. W ostatnich latach są oni kojarzeni częściej z coraz młodszymi dziećmi niż z osobami dorosłymi lub w podeszłym wieku. To zjawisko infantylizacji jest bardziej widoczne w terapii neurologopedycznej niż neuropsychologicznej. Jest ono niezgodne z tendencjami demograficznymi (dzieci coraz mniej, a starców coraz więcej), które powinny być uwzględnione w programach kształcenia.

Szkolenia z zakresu terapii/rehabilitacji neuropsychologicznej oraz neurologopedii są organizowane przez różne instytucje w formie on-line, stacjonarnej lub hybrydowej.

Za najwartościowsze są uznawane te prowadzone z udziałem pacjentów w ich naturalnej sytuacji życiowej. Celem artykułu jest zaprezentowanie przykładowej ścieżki takiego szkolenia, skierowanego do studentów, którzy mają podjąć terapię dla określonej grupy pacjentów. Przedmiotem opisu jest konkretny projekt realizowany w ramach kształcenia studentów w obszarze współpracy uczelni z domem pomocy społecznej.

Projekt szkolenia z zakresu terapii

Diagnoza dla potrzeb terapii

Wyróżnia się diagnozę dla celów nauki, orzecznictwa i terapii. Ta ostania jest zanurzona w postępowaniu terapeutycznym i stale mu towarzyszy. Korzysta przede wszystkim z metody obserwacji uczestniczącej, wywiadu, eksperymentu naturalnego oraz analizy próbek mowy i zachowania – nagranych lub filmowanych.

Służy do tego między innymi *Kwestionariusz Diagnozy dla Potrzeb Terapii* (Tarkowski, 2021), który jest metodą badania jakościowego. Składa się on z następujących modułów:

1. Ocena świadomości
2. Ocena kontaktu, relacji i stylu
3. Ocena motywacji do terapii
4. Ocena rozumienia
5. Analiza próbek mowy i zachowania
6. Ocena procesów poznawczych
7. Ocena rokowania
8. Określenie problemu
9. Wyznaczenie celów terapii

Ocena świadomości. Terapeuta pyta pacjenta o jego imię i nazwisko, wiek, adres zamieszkania oraz miejsce, gdzie się aktualnie znajduje. Istotne jest też ustalenie przyczyny wizyty lub pobytu w danej placówce.

Ocena kontaktu, relacji i stylu. Terapeuta określa, czy jego kontakt z pacjentem ma charakter: poznawczy (poznajemy się nawzajem), emocjonalny (czujemy coś do siebie), wolicjonalny (chcemy lub musimy być z sobą). Terapeuta ustala też, jaki preferuje styl terapii: dyrektywny, niedyrektywny, mieszany, a także rozpoznaje typ relacji z pacjentem: terapeutyczny, trenerski, opiekuńczy.

Ocena motywacji do terapii. Zależy ona od następujących czynników: akceptacji/nieakceptacji dysfunkcji, gotowości poniesienia kosztów terapii (materialnych, psychologicznych i czasowych), dotychczasowego przebiegu terapii/rehabilitacji, wsparcia społecznego i wiary w efekty. Terapeuta ocenia wymienione czynniki i określa relacje między nimi.

Ocena rozumienia. Podczas pierwszego spotkania terapeuta bada rozumienie: nazw części ciała, stosunków przestrzennych, poleceń, pytań, krótkich tekstów.

Analiza próbek mowy i zachowania. Technika ta składa się z dwóch etapów:

1. Rejestracja kamerą wideo lub dyktafonem próbek wypowiedzi i zachowania (za zgodą pacjenta lub jego opiekuna).
2. Analiza próbek na podstawie wskaźników behawioralnych (np. rodzaj zaburzeń zachowania), emocjonalnych (np. typ dominujących emocji), lingwistycznych (np. przeciętna długość wypowiedzi) i komunikacyjnych (np. wkład komunikacyjny, siła przebicia, akty mowy).

Ocena procesów poznawczych. Nawiązując do koncepcji Lwa Wygotskiego o sferze najbliższego rozwoju, terapeuta prowadzi ćwiczenia uwagi, pamięci i myślenia, a jednocześnie porównuje poziomy: wyjściowy (wykonanie ćwiczenia przez pacjenta), zaawansowany (wykonanie ćwiczenia z pomocą terapeuty), końcowy (samodzielne wykonanie ćwiczenia bez pomocy).

Określenie problemu. Samo zaburzenie, dysfunkcja, niepełnosprawność nie stanowią problemu. Staje się nim, jeśli stanowią one przeszkodę w realizacji ważnych celów. Terapeuta we współpracy z pacjentem pierwsze określa jego cele życiowe i terapeutyczne, a potem przeszkody i trudności w ich realizacji.

Określenie celu terapii. Określenie celów terapii jest wspólną decyzją pacjenta i terapeuty. Są one ukierunkowane na rozwiązanie problemu. Cele są osadzone w teraźniejszości i mają motywować pacjenta do działania.

Rokowanie. Terapeuta stara się określić, jakie jest rokowanie: pomyślne, umiarkowanie pomyślne czy niepomyślne oraz podjąć stosowną decyzję post diagnostyczną.

Kwestionariusz Diagnozy dla Potrzeb Terapii jest narzędziem stale wykorzystywanym w procesie terapeutycznym.

Terapia skoncentrowana na rozwiązywaniu problemu

Terapia ta skupia się na rozwiązywaniu aktualnych problemów pacjenta i jego otoczenia. Przebiega ona według następujących etapów: zgłoszenie skargi, sformułowanie problemu, celów, zaproponowanie rozwiązań, dobór metod terapeutycznych, ich weryfikacja i końcowa ocena efektów. Poniżej krótka charakterystyka poszczególnych kroków w terapii.

Zgłoszenie skargi. Terapia rozpoczyna się często od wysłuchania skarg zgłaszanych przez pacjentów lub ich opiekunów. Trudno jest je zgłosić osobom mającym trudności w werbalizacji, szczególnie jednostkom z zaburzeniami mowy (afazja, dyzartria). Skargi to nie problem, lecz jedynie jego sygnał.

Sformułowanie problemu. Terapeuta ustala cele życiowe pacjenta oraz przeszkody w ich osiągnięciu. Na tej podstawie definiuje problem zasadniczy oraz problemy pochodne.

Sformułowanie celów. Cele terapii wynikają z sytuacji problemowej. Mogą być długoterminowe lub krótkoterminowe (zadania). Mają dotyczyć teraźniejszości i przyszłości. Powinny być wymierne, realistyczne i posiadać jasne wskaźniki ich realizacji.

Zaproponowanie rozwiązań. Wykorzystywane są tu kreatywne techniki myślenia. Jedną z nich jest metoda burzy mózgów polegająca na: zgłoszeniu problemu, podawaniu pomysłów rozwiązania bez oceny ich wartości (liczy się ilość, a nie jakość), analizie i selekcji pomysłów (wybór najlepszego pomysłu), jego wdrażaniu. Jeśli wybrany pomysł nie sprawdził się, to wybiera się kolejny z listy zgłoszonych rozwiązań.

Dobór metod terapeutycznych. Istnieje wiele metod terapeutycznych mających zastosowanie w terapii neuropsychologicznej i neurologopedycznej. Ich wyboru dokonuje terapeuta. Metody mają być ukierunkowane na rozwiązywanie problemu i realizację celów w możliwie krótkim czasie (ekonomika postępowania). Techniki budowania relacji terapeutycznej oraz prowadzenia ćwiczeń procesów poznawczych i językowych powinny przenikać się.

Weryfikacja postępowania terapeutycznego. Przebiega ono zgodnie z opracowanym planem, czyli drogą prowadzącą do celu. Określa on: kto uczestniczy w terapii, kiedy i gdzie jest ona prowadzona, przy użyciu jakich metod, technik, strategii. Fundamentalną metodą jest eksperyment naturalny. W czasie jego trwania wysuwane są hipotezy terapeutyczne, które są weryfikowane. Metody, które nie sprawdziły się, są zastępowane przez inne rozwiązania.

Ocena efektywności terapii. Każda sesja terapeutyczna kończy się podsumowaniem z określeniem jej efektywności. Ocena globalna jest opracowywana na podstawie wskaźników behawioralnych, poznawczych i komunikacyjnych.

Szkolenie w terapii

Szkolenie w terapii neuropsychologicznej i neurologopedycznej jest realizowane w formie wykładu, ćwiczenia i projektu. Tradycyjny wykład (monolog) został zastąpiony wykładem w formie dialogu. Jest to interaktywna metoda nauczania, gdzie prowadzący prowadzi rozmowę z uczestnikami/studentami, aby wspólnie odkrywać i rozumieć materiał. Wykorzystuje się techniki pytania, aktywnego słuchania i wymiany zdań, co zwiększa zaangażowanie się w przyswajanie wiedzy.

Ważnym uzupełnieniem wykładu w formie dialogu jest psychoedukacja filmowa oraz filmoterapia. Powstały one na styku filmoznawstwa, psychologii, edukacji i terapii. Jej autorska metoda (Tarkowski, 2025) polega na:

1. Przedstawieniu kwestii do omówienia podczas oglądania filmu.
2. Przerywaniu filmu w istotnych fazach i omawianiu ich.
3. Przeprowadzaniu dyskusji nawiązującej do programu nauczania.
4. Pokazani możliwości wykorzystania filmu w terapii pacjenta.

W czasie zajęć są wyświetlane filmy oparte na prawdziwych historiach, którego bohaterami są osoby z chorobami neurologicznymi, na przykład: *Motyl*. *Still Alice* (2014, reż. R. Glatzer, W. Westmorelad). Poniżej, omówienie filmu, wykorzystanego na potrzeby projektu szkolenia.

Doktor Alice Howland poznajemy, gdy obchodzi swoje pięćdziesiąte urodziny razem z mężem i trójką dorosłych dzieci. Niedługo potem, ta profesor lingwistyki dostrzega u siebie zaniki pamięci i zaburzenia orientacji przestrzennej, które początkowo lekceważy i ukrywa przed rodziną. Nie daje się tego ukryć przed studentami, którzy sygnalizują dziekanowi obniżenie się poziomu wykładów tej cenionej badaczki. W tajemnicy przed rodziną udaje się na wizytę do neurologa, który za pomocą prostych prób wykazuje zaburzenia pamięci świeżej i kieruje ją na badanie rezonansem magnetycznym oraz zleca badania. Pani profesor podejmuje leczyć się sama, wykonując (w tajemnicy) próby analogiczne do przeprowadzonych w czasie badania neurologicznego.

Neurolog na podstawie analizy wyników badań stawia profesorce trudną do przyjęcia diagnozę – rzadka odmiana choroby Alzheimera dziedziczona genetycznie. Zaprasza ją na kolejną wizytę, tym razem z mężem. Bardziej z konieczności niż z potrzeby przedstawia mu druzgocącą diagnozę. Powiadamia o niej także dorosłe dzieci, które przyjmują rozpoznanie z niedowierzaniem (syn jest lekarzem) ze względu na stosunkowo młody wiek matki. Ona zaś przejmuje się losem wnuka, który ma się urodzić. Obawia się, że odziedziczy po niej uszkodzony gen, który jest przyczyną jej choroby Alzheimera. Niestety, badania potwierdzają występowanie takiego genu w płodzie wnuka, co dodatkowo obciąża przyszłą babcię. Ta inteligentna i oczytana kobieta zdaje sobie sprawę z rokowania jej choroby i potrafi sobie wyobrazić jej przebieg.

Udaje się do luksusowego domu opieki dla osób z postępującymi chorobami neurologicznymi, obserwuje stan i funkcjonowanie chorych na ogół w podeszłym wieku. Przeraża ją perspektywa marginalizacji i wegetacji, a nade wszystko obciążania opieką swoich najbliższych. Jak na razie żaden z członków tej kochającej się rodziny nie deklaruje głośno woli zaopiekowania się matką, gdyż wszyscy są mocno zajęci własnymi sprawami. Ona zaś, jasno oceniając przebieg choroby, proponuje mężowi, aby wziął roczny urlop po to, aby przeżyli razem świadomie i radośnie życie, kiedy jeszcze jest do tego zdolna. Walczący z wielkimi rozterkami moralnymi mąż odmawia, zasłaniając się projektem badawczym, który właśnie otrzymał. Pani profesor rozumie go i postanawia być nadal przydatna jako naukowiec. Wygłasza prostym językiem wykład na temat choroby Alzheimera z perspektywy pacjenta, wykazując duże poczucie humoru i dystans do siebie. W tajemnicy przed rodziną przygotowała sekretny plan uwolnienia jej od siebie, który zawodzi. W pewnym stopniu zawodzi także mąż – naukowiec, syn – lekarz, córka – prawniczka. Tylko najmłodsza córka, która porzuciła studia, poświęcając się niepewnej karierze aktorskiej, czym sprawiła duży zawód matce, postanowiła się nią zająć, ale nie wiadomo przez jaki czas i co będzie dalej.

Kwestie do rozważenia podczas oglądania filmu:

1. Jak reagowała stosunkowo młoda profesor lingwistyki na pierwsze objawy zaburzeń pamięci?
2. Z czego wynika problem pani profesor i jak go zdefiniować?
3. Jak przebiegało pierwsze badanie neurologiczne?
4. Jakie były fazy postępującej choroby?

5. Jak reagowała najbliższa rodzina na przebieg choroby?
6. Czym się różniły reakcje męża (naukowca), syna (lekarza), córek (prawniczki i aktorki) i jaki miało to wpływ na funkcjonowanie chorej?
7. Jaki plan miała profesor dla siebie?
8. Dlaczego nie skorzystała z profesjonalnej pomocy?
9. Na czym miałaby polegać jej terapia neuropsychologiczna lub neurologopedyczna?

Celem ćwiczeń jest opanowanie podstaw treningu poznawczego i językowego. Oznacza to opanowanie przez studenta umiejętności doboru ćwiczeń uwagi, pamięci, myślenia i komunikacji słownej oraz dostosowanie ich potrzeb i możliwości pacjenta oraz celów terapii. Opracowano mnóstwo ćwiczeń, które realizowane w sposób przypadkowy i chaotyczny, przynoszą więcej szkody niż korzyści. Zjawiskiem naturalnym jest opór pacjenta przed wykonywaniem zdań, które wskazują na rozmiar jego dysfunkcji.

Poważnym zagrożeniem dla efektywności terapii jest jej infantylizacja, na którą należy uczulać studentów i skłaniać do reagowania. Podstawowe znaczenie ma też opanowanie przez nich metod kształtowania motywacji do terapii. Ćwiczenia (jako forma dydaktyczna) poprzedzą pracę z pacjentem i stanowić mają rodzaj do niej wprowadzenia. Najpierw przeprowadzić je na sobie, a potem razem z pacjentem. Pomaga w tym technika „zamiany ról" polegająca na tym, że studenci występują raz w roli terapeuty, a raz pacjenta. Jako pacjenci celowo utrudniają przeprowadzenie ćwiczeń „terapeutom". Prowadzący zajęcia też wchodzi i odgrywa rolę pacjenta. Omawianie przypadków niepomyślnej terapii jest wartościową metodą kształcenia (Tarkowski, 2024), podnoszącą morale studentów oraz ich zaangażowanie.

Sam projekt jest realizowany w ramach współpracy uczelni z domem pomocy społecznej. Przebywają w nim osoby z reguły w podeszłym wieku, wśród których znaczna część jest niepełnosprawna z powodu uszkodzenia mózgu. Czują się one samotne i wydają się otwarte na kontakt z odwiedzającymi ich ludźmi. Spośród nich jest wybierana (przez kierowniczkę) grupa mieszkanek do terapii prowadzonej przez studentów. Studenci nie mają dostępu do dokumentacji medycznej, więc na potrzeby ćwiczenia formułują własną, roboczą diagnozę funkcjonalną – pod nadzorem prowadzącego i bez charakteru rozstrzygnięcia klinicznego.

Mieszkańcy są losowo przydzielani studentom, którzy mają nawiązać z nimi kontakt i przeprowadzić 10 sesji terapeutycznych na terenie domu pomocy społecznej. Przebieg tych sesji jest analizowany podczas zajęć poświęconych projektowi, w czasie których można omówić powstałe trudności. Na podstawie przeprowadzonych sesji i ich analizy są opracowywane studia przypadków, stanowiące formę zaliczenia przedmiotu. Studia te są oceniane według następujących kryteriów:

1. trafność i rzetelność rozpoznania;
2. nawiązywanie kontaktu i budowania relacji między studentem a mieszkanką;
3. definiowanie problemu mieszkanki i wyznaczenie celów jej terapii;
4. dobór ćwiczeń i ich realizacja;

5. ocena efektów terapii;
6. samoocena i samorealizacja.

Udział mieszkanek w projekcie jest dobrowolny i poprzedzony świadomą zgodą mieszkanki lub, gdy nie może jej samodzielnie wyrazić, jej opiekuna prawnego z prawem do wycofania się na każdym etapie. Studenci działają w granicach swoich kompetencji i pod stałym nadzorem merytorycznym prowadzącego, a podejmowane czynności mają charakter dydaktyczny, nie samodzielnej praktyki klinicznej. Odpowiedzialność kliniczną za przebieg spotkań ponosi prowadzący we współpracy z personelem domu pomocy społecznej. Realizacja projektu daje uczestnikom możliwość samoobserwacji i samorealizacji oraz poszerza ich doświadczenie praktyczne. Dla większości z nich był to pierwszy kontakt z pacjentem oraz pierwszą próbą budowania relacji zmierzającej do zawarcia sojuszu terapeutycznego w instytucji zwanej (podobnie jak szpitale) totalną.

Bibliografia

Pąchalska, M. (2022). *Rehabilitacja neuropsychologiczna.* Wydawnictwo UMCS.

Tarkowski, Z. (2024). Niepowodzenia w terapii. *Logopedia*, *53*, 341-358. https://doi.org/10.24335/t685-g269

Tarkowski, Z. (2025). *Psychogenne zaburzenia mowy.* PZWL.

Tarkowski, Z. (Red.). (2021). *Afazjologia. Organiczne zaburzenia mowy*. PZWL.

Nota o autorze

prof. dr hab. Zbigniew Tarkowski jest profesorem emerytowanym Uniwersytetu Medycznego w Lublinie oraz pracownikiem naukowo-dydaktycznym WSB-NLU w Nowym Sączu. Napisał kilkanaście monografii wydanych w języku polskim i angielskim. Opublikował kilka wystandaryzowanych i znormalizowanych testów i skal. Jest nie tylko naukowcem i badaczem, ale także doświadczonym terapeutą. Studentom wykłada wiedzę z zakresu terapii neuropsychologicznej i neurorehabilitacji.