



ANNA GUZY

Katedra Dydaktyki Języka i Literatury Polskiej, Wydział Filologiczny, Uniwersytet Śląski  
w Katowicach

0000-0002-6713-7293

## Trening relaksacyjny w pracy z pacjentem z afazją Studium przypadku

### Relaxation Training and Patients with Aphasia: A Case Study

**ABSTRACT:** The article discusses the issue of using relaxation in work with an aphasic patient. The first part of the article presents basic information about the types and forms of relaxation. The second part presents the case study of a patient with aphasia who has refused to work with a speech therapist. This study shows that we can help such patients improve the quality of their communication (even if they are not willing to undertake speech therapy) and, as a result, change their lives (a little).

**KEY WORDS:** aphasia, relaxation training, case study, aphasia therapy

W codziennym życiu narażani jesteśmy na sytuacje stresowe, czyli na „nie-specyficzne reakcje organizmu na jakiekolwiek wymagania na niego nałożone”<sup>1</sup>, często jesteśmy podenerwowani, a nawet bywamy agresywni. Wynikające z tego napięcia występujące w naszym organizmie (np. zaciśnięte pięści, napięte mięśnie nóg, brzucha, pośladków, karku, szyi) przekładają się na napięcie w gardle, krtani, a tym samym na obniżenie jakości głosu oraz powstawanie barier w komunikowaniu się. W przypadku osób cierpiących na afazję, u których proces komunikowania się jest ograniczony lub całkowicie utrudniony<sup>2</sup>, stres i doświadczanie wielu negatywnych emocji występują ze zdwojoną siłą. Od samego początku prowadzonej terapii niezwykle ważne jest zatem budowanie właściwej atmosfery podczas spotkań terapeutycznych. Stosowanie treningów relaksacyjnych może być pomocne w kształtowaniu lepszej relacji między terapeutą a pacjentem (klientem), jak również sprawić, że spotkania zostaną skojarzone z czymś przyjemnym<sup>3</sup>, co powinno pozytywnie nastawić do pracy bardziej sceptycznych pacjentów. W zależności od

<sup>1</sup> W. KALAT: *Biologiczne podstawy psychologii*. Warszawa, Wydaw. Naukowe PWN 2011, s. 364.

<sup>2</sup> Często przy braku jakichkolwiek trudności wcześniej.

<sup>3</sup> W przypadku, gdy relaksacja będzie pozytywnym doświadczeniem dla biorącego w niej udział. Nie zawsze tak musi być. Niektórzy nie lubią tej formy oddziaływania. Z mojego doświadczenia (treningi relaksacyjne prowadzę wśród różnych grup od 2008 roku) wynika, że jest to niewielka grupa pacjentów, którzy między innymi mają negatywne doświadczenia związane z relak-

możliwości i potrzeb, można wykorzystywać treningi relaksacyjne jako metody pomocnicze, wspierające terapię logopedyczną lub (jak w przypadku przedstawionym w artykule) główne formy oddziaływania.

## Treningi relaksacyjne

Przed prezentacją podstawowych form relaksacji, przypomnijmy, jaka jest ich główna funkcja. Istnieje wiele definicji relaksu i relaksacji<sup>4</sup>, w opracowaniu będę rozumiała relaksację jako stan wolny od napięcia umysłowego i fizyczną wolność od stresu, a w odniesieniu do treningów uważności – skupienie się na „tu i teraz”, aktualnym doświadczaniu. W treningach relaksacyjnych<sup>5</sup> nie chodzi wyłącznie o uzyskanie stanu spokoju, odprężenia<sup>6</sup>, istotne jest także zwiększenie zasobów psychologicznych. Ponadto, jak zauważa Stanisław Siek: „systematyczne uprawianie treningów relaksacyjnych poprawia funkcjonowanie pamięci i uwagi, łagodzi stany napięcia psychicznego, stabilizuje reakcje emocjonalne, poprawia mniemanie o sobie, zwiększa poczucie własnej niezależności”<sup>7</sup>.

Relaks ma powodować swoistą relację demobilizacyjną (w odpowiedzi na mobilizację spowodowaną stresem). Ta jego funkcja wydaje się szczególnie pomocna w przypadku osób odczuwających nie tylko stres, ale także lęk czy przejawiających agresję. W sytuacji mobilizacji zaczyna aktywnie pracować układ sympatyczny, a tym samym zwiększa się wydzielanie hormonów stresu:

[...] po odebraniu sygnału niebezpieczeństwa, organizm uruchamia system alarmowy, pojawia się „stan pogotowia”, przygotowujący organizm do wysiłku mającego na celu poradzenie sobie z niebezpieczeństwem. Rolę systemu alarmowego pełni układ sympatyczny, który reguluje pobudzeniem oraz wzmożonym wydzielaniem adrenaliny do krwi. Adrenalina powoduje wzrost akcji serca, hamuje ruchy jelit, wzmacnia wydzielanie cukru do krwi oraz zwiększa jej krze-

---

sacją w przeszłości, są niechętni do eksplorowania nowych form oddziaływań czy też mają trudność z poddawaniem się autosugestii, która jest elementem przeważającej części treningów.

<sup>4</sup> Wnikliwego czytelnika odsyłam do refleksji na ten temat, przedstawionej przez Pawła Zielińskiego w rozbudowanym studium: ZIELIŃSKI: *Relaksacja w teorii i praktyce pedagogicznej*. Częstochowa, AJD 2011, s. 15–19.

<sup>5</sup> Należy wyraźnie rozgraniczyć określenia „relaksacja” oraz „trening relaksacyjny”. Relaksacja zakłada pewną jednostkowość, podstawą treningów jest powtarzalność. Jednorazowa relaksacja może być pomocna i wspierająca, jednak gdy mówimy o chęci stosowania jej w celach terapeutycznych, domyślnie mamy na myśli działanie powtarzalne.

<sup>6</sup> Relaksacje zmniejszają aktywność układu sympatycznego, zmniejszają tempo przemiany materii, zwalniają i pogłębiają oddech; zob. S. SIEK: *Treningi relaksacyjne*. Warszawa, Akademia Teologii Katolickiej 1990, s. 5–7.

<sup>7</sup> Ibidem, s. 5.

pliwość. Dochodzi do wzrostu napięcia mięśni szkieletowych z jednoczesnym zmniejszeniem dopływu krwi do skóry i do narządów<sup>8</sup>.

Mobilizację i demobilizację można oceniać za pomocą rozmaitych wskaźników (zob. tabela 1).

TABELA 1. Wskaźniki mobilizacji i demobilizacji organizmu

Mobilizacja	Demobilizacja
Przyspieszenie akcji serca	Zwolnienie akcji serca
Większa liczba oddechów na minutę	Mniejsza liczba oddechów na minutę
Szybsza przemiana materii	Wolniejsza przemiana materii
Podwyższone ciśnienie krwi	Obniżone ciśnienia krwi
Gorsza koordynacja psychoruchowa	Lepsza koordynacja psychoruchowa
Większa sprawność procesów poznawczych: uwagi, pamięci, percepcji	Mniejsza sprawność procesów poznawczych: uwagi, pamięci, percepcji
Wzrost aktywności fal beta	Wzrost aktywności fal alfa

(a) Fale alfa występują na krótko przed zaśnięciem i zaraz po przebudzeniu, a czasem w chwilach głębokiego zamyślenia lub skupienia. Szerzej alfa zob.: M. MIKICIN, E. MIKICIN: *Trening autogenny i audiowizualna relaksacja (tzw. treningi Ralpha) jako narzędzie odnowy psychosomatycznej w sporcie i rehabilitacji*. W: „Postępy Rehabilitacji” 2011, 3, s. 35–2.

ŹRÓDŁO: Opracowanie własne na podstawie: S. SIEK: *Treningi relaksacyjne*. Warszawa, Akademia Teologii Katolickiej 1990, s. 20.

Badacze wyróżniają trzy typy klasycznych metod relaksu: globalne (oparte na teorii osobowości i oddziaływaniu psychoterapeutycznym), analityczne (polegające na rozluźnianiu poszczególnych grup mięśni) oraz fizjoterapeutyczne lub intuicyjne (nastawione na odkrywanie możliwości własnego ciała)<sup>9</sup>. W praktyce najczęściej stosowane są treningi relaksacyjne według metody Johanna Schulza i metody Edmunda Jacobsona oraz tzw. wizualizacje<sup>10</sup>. Popularnością cieszy się również trening redukcji stresu oparty na uważności – MBSR (*mindfulness based stress reduction*). W tabeli 2 zamieszczono ogólną, skrótową charakterystykę tych form.

<sup>8</sup> N. OGIŃSKA-BULIK, Z. JUCZYŃSKI: *Osobowość. Stres a zdrowie*. Warszawa, Difin 2008, s. 46.

<sup>9</sup> Więcej na ten temat przykładowo: *Teoria i metodyka ćwiczeń relaksowo-koncentrujących*. Red. S. GROCHMAL. Warszawa, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich 1986.

<sup>10</sup> Wizualizacje polegają na wyobrażaniu określonych elementów zgodnie z sugestiami.

TABELA 2. Wybrane formy treningów relaksacyjnych<sup>11</sup>

Charakterystyka	Relaksacja stopniowa według Edmunda Jacobsona	Trening według metody Edmunda Schulza	MBSR, trening redukcji stresu wsparty na uważności
Twórca	Edmund Jacobson <sup>a</sup>	Johannes Heinrich Schultz <sup>b</sup>	Jon Kabat-Zinn <sup>c</sup>
Opis metody i główne założenia	Polega na nauczeniu się odczuwania różnicy w stanie napięcia i rozluźnienia mięśni.	Polega na odczuwaniu stanów ciężkości i temperatury ciała (ciepła, chłodu). Podstawą jest koncentracja i autosugestia.	Jest jedną z form medytacji. Polega na redukcji stresu na podstawie doskonalenia uważności (świadomości). Istotą uważności jest zaangażowane, aktywne słuchanie bodźców/ odczuć płynących z otaczającego świata oraz z własnego ciała.
Średni czas potrzebny na opanowanie metody przez ćwiczącego	Kilka tygodni.	Kilkanaście tygodni.	Nie jest jednoznacznie określony. Początkowo sugeruje się pracę z jedną metodą medytacji kilka dni, następnie dalsze próby i doświadczenie <sup>d</sup> .
Główne zalety	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Relaksacja mięśni krtani, gardła, oddechowych, języka i twarzy.</li> <li>▪ Oszczędzanie energii organizmu.</li> <li>▪ Dostarczenie przyjemnych doznań.</li> <li>▪ Wyzbycie się lęku.</li> <li>▪ Poprawa samopoczucia i obrazu siebie.</li> <li>▪ Poprawa zdrowia (pracy serca i układu trawiennego).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pomaga w leczeniu bezsenności, uspokaja silne emocje, ułatwia samospokojenie.</li> <li>▪ Usprawnia procesy poznawcze: pamięć, myślenie, koncentrację.</li> <li>▪ Pomaga łagodzić ból<sup>e</sup>.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Redukcja bólu, stresu.</li> <li>▪ Lepszy wgląd we własne emocje i odczucia.</li> <li>▪ Lepsze rozumienie siebie.</li> <li>▪ Poprawa ogólnego stanu zdrowia.</li> <li>▪ Pozytywny wpływ na układ nerwowy.</li> </ul>

(a) Szerzej zob.: E. JACOBSON: *You Must Relax*. New York, McGrawHill 1948; (b) Szerzej zob. J.H. SCHULZ: *Das autogene Training*. Stuttgart, Thieme 1960; (c) Szerzej zob.: J. KABAT-ZINN: *Praktyka uważności dla początkujących*. Przeł. J.P. LISTWAN. Warszawa, Czarna Owca 2014; IDEM: *Gdziekolwiek jesteś, bądź*. Przeł. H. SMAGACZ. Warszawa, IPSI Press 2007; (d) J. KABAT-ZINN: *Praktyka uważności dla początkujących*. Przeł. J.P. LISTWAN. Warszawa, Czarna Owca 2014, s. 13; (e) Valerio ALBISETTI w swojej książce *Trening autogeniczny dla spokoju psychosomatycznego* (przeł. K. STOPA. Kielce, Jedność 2006) zwraca uwagę na zdecydowanie większy zakres możliwego stosowania treningów autogenicznych.

ŹRÓDŁO: Opracowanie własne na podstawie: J. KABAT-ZINN: *Praktyka uważności...*; P. ZIELIŃSKI: *Relaksacja w teorii i praktyce pedagogicznej*. Częstochowa, AJD 2011; V. ALBISETTI: *Trening autogeniczny...*

<sup>11</sup> Zestawienie obejmuje najczęściej stosowane formy, w tym zastosowane w przypadku pacjenta, którego dotyczy studium.

## Terapia pacjentów z afazją

Terapia osoby z afazją powinna być podjęta tak szybko, jak jest to możliwe, aby zapewnić jak najlepsze efekty i zwiększyć komfort życia pacjenta<sup>12</sup>. W pracy z pacjentami z afazją najistotniejsze wydaje się zmotywowanie do terapii, a następnie odpowiednie dobranie ćwiczeń. Ważne jest również, aby sesje ćwiczeń nie były zbyt długie i zbyt męczące. Ćwiczenia dla pacjentów są dużym wyzwaniem, dlatego trzeba pamiętać o budowaniu pozytywnej relacji z terapeutą mowy, psychologiem i pozostałym personelem, który będzie pracował z pacjentem. Zrealizowanie tych zaleceń i postulatów w nie będzie jednak możliwe w przypadku braku zgody samego pacjenta. Nie zawsze pacjent chce podjąć terapię na przykład logopedyczną. Zdarza się, że mimo znaczących trudności w zakresie komunikacji, niemożności samodzielnego funkcjonowania w wielu obszarach nie podejmuje terapii (lub zniechęca się i bardzo szybko ją zarzuca). Nawet znając możliwości, jakie stwarza terapia, nierzadko pacjenci sceptycznie pochodzą do pracy z logopedą czy nawet całym zespołem terapeutycznym. Ze względu na uszkodzenia organiczne czy też z powodu cech osobowościowych reagują wrogo i niechętnie. W dalszej części artykułu zostało zaprezentowane studium mężczyzny, który nie chciał podjąć się indywidualnej terapii logopedycznej. Zaproponowano mu możliwość pracy z psychologiem oraz udział w sesjach relaksacyjnych i zajęciach stymulujących funkcje poznawcze. Do rozmów z psychologiem, ze względu na swoje trudności w zakresie mowy, podchodził bardzo sceptycznie, na zajęcia psychologiczne nie uczęszczał<sup>13</sup>. Od początku natomiast chętnie brał udział w treningach relaksacyjnych.

### Studium przypadku

Pacjent to mężczyzna w wieku 44 lat. Pięć lat wcześniej doznał urazu głowy, po którym stwierdzono występowanie krwaka śródmózgowego lewego płata skroniowego oraz krwaka przymózgowego nad lewą półkulą mózgu. Ponadto po urazie u pacjenta występowały napady padaczkowe. Wykonano badanie za pomocą tomografii komputerowej, bez kontrastu, podejrzewano bowiem prawostronne krwawienie śródczaszkowe. W wyniku badania tomografem stwierdzono: masywne ukrwotoczenie się ognisk w lewym płacie skroniowym i, w mniejszym

<sup>12</sup> E. ORMEZOWSKA, M. ZAWIRSKI, D. JASKÓLSKI: *Koncepcja dynamicznej lokalizacji funkcji w rehabilitacji afatycznych zaburzeń mowy*. „Aktualności Neurologiczne” 2012, vol. 12, no. 4, s. 216.

<sup>13</sup> Zajęcia, o których tu mowa, były prowadzone przez tę samą osobę.

stopniu, w płacie czołowym, bez progresji krwiaka nadtwardówkowego; obrzęk powłok miękkich czaszki prawej okolicy ciemieniowej; szczelinę pęknięcia prawej kości ciemieniowej; niewielki krwiak nadtwardówkowy w tej okolicy oraz wzdłuż sierpu mózgu ku przodowi; stłuczenie krwotoczne dolno-bocznej części lewego płata czołowego i lewego płata skroniowego; wynaczynioną krew w rowkach kory mózgowej okolicy skroniowej i ciemieniowej lewej; uznano też, że nie można wykluczyć niewielkiego wynaczynienia w prawym płacie skroniowym. Zaobserwowano zaciśnięte rowki kory lewej półkuli mózgu – cechy początkowego uogólnionego obrzęku. Zauważono również, że struktury tylnojamowe i komora IV pozostawały bez patologicznych zmian.

Pacjent został poddany operacji, która przebiegła prawidłowo. Po operacji u pacjenta wystąpiła afazja mieszana<sup>14</sup> oraz niedowład kończyny górnej prawej z komponentą apraktyczną. Kontynuowano leczenie ortopedyczne, które zakończono sukcesem.

Pacjent po hospitalizacji neurologicznej i rehabilitacji został skierowany na dalsze leczenie. Zdiagnozowano zespół otępienny oraz afazję mieszaną. Celem weryfikacji diagnozy afazji pacjent został poproszony o wykonanie Bostońskiego Testu do Diagnozowania Afazji w wersji skróconej eksperymentalnej (adaptacja polska Hanna K. Ulatowska, Maria Sadowska, Danuta Kądziaława)<sup>15</sup>. Badanie zostało wykonane przez psychologa w gabinecie psychologicznym. Przebiegu badania nie zakłócały osoby trzecie. Badany wypełniał test z dużym wysiłkiem, miał trudności z artykułowaniem słów. Wykonał poprawnie 49% zadań. Jego umiejętności w zakresie funkcji językowych obrazuje tabela 3.

TABELA 3. Funkcje językowe pacjenta

Obszar podlegający ocenie	Charakterystyka umiejętności pacjenta
Różnicowanie słów	Różnicuje poprawnie 11 z 34 słów, w tym nie ma trudności tylko ze słowem <i>rękawiczka</i> . Poprawnie różnicuje litery oraz czasowniki <i>pije</i> i <i>kapie</i> .
Rozpoznawanie nazw części ciała	Uzyskał połowę możliwych do zdobycia punktów. Najłatwiej rozpoznaje części twarzy: ucho, nos, usta. Zdecydowanie gorzej inne części ciała, z pozostałych potrafi wskazać jedynie bark.

<sup>14</sup> Więcej na temat problematyki afazji, przykładowo: M. MARUSZEWSKI: *Afazja. Zagadnienia teorii i terapii*. Warszawa, Państwowe Wydaw. Naukowe 1966; K. WNUKOWSKA: *ABC afazji*. Gdańsk, Harmonia 2013; M. PĄCHAŁSKA: *Afazjologia*. Warszawa, Wydaw. Naukowe PWN 2011; J. PANASIUK: *Afazja a interakcja*. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2013; D. KĄDZIELAWA: *Afazja i jej mózgowo-mechanizmy*. „Teksty Drugie. Teoria Literatury, Krytyka, Interpretacja” 2011, nr 1–2 (127–128), s. 190–198.

<sup>15</sup> Polska wersja Bostońskiego Testu do Diagnozowania Afazji: H. GOODGLASS, E. KAPLAN: *The Assessment of Aphasia and Related Disorders*. Philadelphia, Lea & Febiger 1983. Adaptacja i tłumaczenie: H.K. Ulatowska, M. Sadowska, D. Kądziaława.

cd. tabeli 3

Obszar podlegający ocenie		Charakterystyka umiejętności pacjenta
Rozumienie poleceń		Ma trudności ze zrozumieniem bardziej złożonych poleceń, wykonuje je niepoprawnie lub tylko częściowo poprawnie. Poprawnie wykonuje tylko proste polecenia.
Złożony materiał językowy		Ma trudności z pełnym zrozumieniem złożonego materiału językowego. Poprawnie wnioskuje o przeznaczeniu przedmiotów (gdy należy udzielić odpowiedzi „tak”/„nie”), jednak w przypadku konieczności wnioskowania z kontekstu ma trudności z udzielaniem poprawnych odpowiedzi.
Ocena artykulacji		Cechuje go sztywność artykulacyjna, brak swobody, mowa często jest zniekształcona.
Parafazje		Tworzy parafazje głoskowe.
Ekspresja oralna	ciągi zautomatyzowane	Artykułuje poprawnie ciągi zautomatyzowane: dni tygodnia oraz liczby od 121.
	powtarzanie słów	Ma duże trudności z powtarzaniem słów. Słowa zniekształca lub wypowiada niepoprawnie, np. zamiast <i>co mówi sto</i> , zamiast <i>podkreślić – postety</i> .
	powtarzanie zdań	Ma trudności z powtarzaniem zdań. Poprawnie powtarza tylko 1 z 8 zdań z zestawu (zdanie podane jako pierwsze: <i>Wiesz, jak jest</i> ). Pozostałe zdania wypowiada w sposób zniekształcony, utrudniający rozumienie, stosuje parafazje głoskowe.
	nazywanie w odpowiedzi na pytania	Ma trudności z podaniem słów, w odpowiedzi na pytanie podaje tylko pojedyncze słowa, np. <i>Co robi się mydłem? – Twarz</i> . Rozumie polecenia, wydaje się, że zna poprawnie wszystkie odpowiedzi, stara się pokazać czynność lub przedmiot, jednak nie potrafi właściwie stworzyć desygnatu.
	nazywanie desygnatów przedstawionych na obrazkach	W zakresie nazywania przedmiotów ma zdecydowanie mniejsze trudności w sytuacji, gdy widzi przedmioty na obrazkach. W próbie udziela 50% poprawnych odpowiedzi. Poprawnie nazywa litery oraz cyfry. Często podaje wyraz z tej samej kategorii gramatycznej, ale o odmiennym znaczeniu, np. zamiast <i>czyta – pisze</i> , lub błędny wyraz z danej kategorii, np. ubiór: zamiast <i>czapka – rękawiczka</i> . Dużą trudność sprawia mu nazwanie kolorów. Na kolory brązowy i fioletowy używa jednego określenia: <i>jasno ciemniejszy</i> .
Czytanie	rozdzielanie liter	Poprawnie rozpoznaje litery.
	rozdzielanie słów	Nie wszystkie słowa rozpoznaje poprawnie.
	przyporządkowanie nazw odpowiednim desygnatom	Rozpoznaje poprawnie 3 z 5 desygnatów (zamiast <i>piętnaście</i> podaje <i>pięznaście</i> , zamiast <i>czyta – czyła</i> ).



cd.	czytanie głośnie słów	Odczytuje poprawnie 2 z 5 słów. Myli podczas czytania podobne litery, np. różniące się długością kreski czy jej położeniem w osi pionowej lub poziomej: <i>hamak – namak, czyta – czyła</i> .
	czytanie głośnie zdań	Z dużym wysiłkiem, sylabizując, odczytuje wszystkie zdania.
	czytanie ciche zdań i tekstów	Nie odczytuje poprawnie żadnego ze zadań. Nie potrafi samodzielnie wskazać słowa, które kończy czytany fragment, np. <i>pies może...</i> (należało wybrać spośród: <i>mówić, szczekać, śpiewać, kotek</i> ).
Pisanie	technika pisania	Przeważającą większość liter konstruuje w sposób graficznie poprawny. Pisze z wysiłkiem.
	pisanie ciągów	Nie ma trudności z napisaniem ciągów zautomatyzowanych, np. liczb od 1–21.
	dyktando elementarne	Potrafi poprawnie samodzielnie napisać 5 dowolnych cyfr oraz liter, jak również 4 z 5 wyrazów.
	pisanie słów pod dyktando	Na ogół potrafi poprawnie zapisać wyraz, który usłyszał.
	pisanie nazw pokazywanych desygnatów	Nie potrafi poprawnie zapisać żadnego z pokazywanych desygnatów.
	narracja pisemna	Nie potrafi tworzyć tekstu o charakterze narracyjnym. Forma graficzna pisma jest poprawna, litery zawierają tylko niewielkie defekty. Nie tworzy zdań, słowa wypisuje kolejno jedno pod drugim: <i>3 osoby, pokój, ciastka, 2 dzieci, krzesła, woda</i> . Wyrazy wypisane przez badanego są adekwatne treściowo.
	pisanie zdań, dłuższego fragmentu tekstu pod dyktando	Pacjent nie rozumie polecenia.

ŹRÓDŁO: Opracowanie własne.

Analizując wyniki uzyskanych badań, możemy stwierdzić, że pacjenta występują trudności w zakresie pisania, czytania i mówienia. Porozumiewanie się z nim jest utrudnione. Kłopot sprawia mu przekazanie treści, o które mu chodzi, utrudnia to jego codzienne życie. Ma trudności w czynnościach codziennych, jeśli wymagają one komunikacji w dowolnej formie.

Po zebraniu wywiadu zaproponowano różnorodne oddziaływania: możliwość konsultacji logopedycznej, terapii logopedycznej, indywidualnych spotkań z psychologiem. Pacjent był niechętny wobec jakiegokolwiek formy pomocy, w szczególności nie chciał podjąć terapii logopedycznej. W przypadku prób komunikacji i związanych z tym trudnościami bardzo się denerwował, co dodatkowo utrudniało mu komunikowanie się.



Pacjent blisko dwa lata brał udział w regularnych zajęciach z zakresu szeroko rozumianej relaksacji. Treningi prowadzone były różnymi technikami, takimi jak: trening relaksacji progresywnej według Jacobsona, treningi wizualizacyjne, klasyczna muzykoterapia, muzykoterapia z wykorzystaniem kolorowanek antystresowych dla dorosłych, trening uważności (MBSR). Przeciętnie trening trwał jednorazowo około 20–30 minut i odbywał się raz–dwa razy w tygodniu, w grupach 5–7 osobowych. Pacjent znał pozostałych uczestników zajęć. Podczas ćwiczeń uczestnicy mogli wybrać pozycję – siedzącą lub leżącą, opisywany pacjent zawsze wybierał pozycję siedzącą. Bezpośrednio po treningach deklarował uspokojenie i poprawę nastroju. Muzykę wysłuchiwaną podczas zajęć opisywał jako „piękną”, chętnie dzielił się spostrzeżeniami i odczuciami po ćwiczeniach. Dodatkową formą motywacji do mówienia było to, że pozostali uczestnicy wypowiadali się na temat zajęć. Nie zawsze potrafił dokładnie sprecyzować swoje myśli, ale dużym osiągnięciem dla niego było podejmowanie spontanicznej komunikacji. Nie kończyła się ona pobudzeniem emocjonalnym czy złością. Na samym początku swojego udziału miał wyraźnie obniżoną samoocenę i deprecjonował swoje próby komunikacji, co zmieniło się w trakcie terapii.

Pacjent podczas pracy na treningach relaksacyjnych preferował przewidywalność i powtarzalność elementów. Zdecydowanie lepiej oceniał zajęcia, gdy wielokrotnie wykonywał już znane ćwiczenie, nie lubił nowości i zmian. Optymalną formą było odtwarzanie dwukrotnie tego samego ćwiczenia relaksacyjnego. Preferował relaksacje, w których głos lektora był wyraźny i spokojny, niezależnie od tego, czy trening odtwarzany był z nagrania na płycie CD czy odczytywany na głos bezpośrednio przy pacjencie. Na treningi chodził chętnie i regularnie. Zajęcia opuszczał wyłącznie w sytuacji złego stanu zdrowia.

## Podsumowanie i wnioski

Trening relaksacyjny może być stosowany w przypadku pacjentów z afazją, zarówno jako element wspierający terapię logopedyczną, jak i w przypadku gdy pacjent nie chce się zdecydować na inną formę pracy.

W przypadku opisywanego pacjenta ćwiczenia relaksacyjne przyczyniły się do zmniejszenia negatywnego afektu, w tym szczególnie nadmiernego pobudzenia i złości. Wpłynęły na wzrost jego samooceny, chętniej nawiązywał kontakt słowny z prowadzącym zajęcia psychologiem poza zajęciami. Zajęcia stały się początkiem budowania pozytywnych doświadczeń z grupą i osobą terapeutyczno-psychologa. Tego typu oddziaływania mogą stanowić dobre tło dla późniejszej, ewentualnej terapii logopedycznej.

Pacjent miał trudności ze zrozumieniem trudniejszych poleceń, dlatego też dopiero wielokrotne odtworzenie tego samego ćwiczenia i powtarzanie go na kolejnych zajęciach umożliwiło mu większe zaangażowanie, a tym samym intensyfikowało korzyści płynące z samego treningu. Niejednokrotnie można było dostrzec, że pacjent uczy się poprzez obserwowanie zachowań pozostałych uczestników zajęć. Wyraźnie zwiększyła się również u niego chęć (potrzeba) włączania się do interakcji. Wypowiadał się spontanicznie, mniej złościł się w sytuacji niepowodzenia. Poszczególne słowa były wypowiedzane zdecydowanie bardziej wyraźnie. Udział w treningach relaksacyjnych miał pozytywny wpływ na jakość mowy opisywanego w studium pacjenta. Pod koniec wspólnej pracy (po niecałych dwóch latach) był zdecydowanie bardziej przekonany do podjęcia terapii logopedycznej. Pozytywnie oceniał zmiany, których dostarczyło mu uczestniczenie w treningach.

## Bibliografia

- ALBISETTI V.: *Trening autogeniczny dla spokoju psychosomatycznego*. Przeł. K. STOPA. Kielce, Jedność 2006.
- BULSKI L.: *Opisy treningów relaksacyjnych*. Łódź, WSEZ 2005.
- JACOBSON E.: *You Must Relax*. New York, McGrawHill 1948.
- KABAT-ZINN J.: *Gdziekolwiek jesteś, bądź*. Przeł. H. SMAGACZ. Warszawa, IPSI Press 2007.
- KABAT-ZINN J.: *Praktyka uważności dla początkujących*. Przeł. J.P. LISTWAN. Warszawa, Czarna Owca 2014.
- KALAT W.: *Biologiczne podstawy psychologii*. Warszawa, Wydaw. Naukowe PWN 2011.
- KĄDZIELAWA D.: *Afazja i jej mózgowo mechanizmy*. „Teksty Drugie. Teoria Literatury, Krytyka, Interpretacja” 2011 nr 1–2 (127–128), s. 190–198.
- LEE A., CAMPBELL D.: *Oddychanie doskonale*. Przeł. J. MAJEWSKI. Warszawa, Świat Książki 2010.
- MIKICIN M., MIKICIN E.: *Trening autogeny i audiowizualna relaksacja (tzw. treningi Ralpha) jako narzędzie odnowy psychosomatycznej w sporcie i rehabilitacji*. „Postępy w Rehabilitacji” 2011, 3, s. 35–42.
- MARUSZEWSKI M.: *Afazja. Zagadnienia teorii i terapii*. Warszawa, Państwowe Wydaw. Naukowe 1966
- OGIŃSKA-BULIK N., JUCZYŃSKI Z.: *Osobowość. Stres a zdrowie*. Warszawa, Difin 2008.
- ORMEZOWSKA E., ZAWIRSKI M., JASKÓLSKI D.: *Koncepcja dynamicznej lokalizacji funkcji w rehabilitacji afatycznych zaburzeń mowy*. „Aktualności Neurologiczne” 2012, vol. 12, no. 4, s. 215–221.
- PANASIUK J.: *Afazja a interakcja*. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2013.
- PĄCHALSKA M.: *Afazjologia*. Warszawa, Wydaw. Naukowe PWN 2011.
- SCHULZ J.H.: *Das autogene Training*. Stuttgart, Thieme 1960.
- SIEK S.: *Treningi relaksacyjne*. Warszawa, Akademia Teologii Katolickiej 1990.
- Teoria i metodyka ćwiczeń relaksowo-koncentrujących*. Red. S. GROCHMAL. Warszawa, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich 1986.
- WNUKOWSKA K.: *ABC afazji*. Gdańsk, Harmonia 2013.
- ZIELIŃSKI P.: *Relaksacja w teorii i praktyce pedagogicznej*. Częstochowa, AJD 2011.