
ANNALES
UNIVERSITATIS MARIAE CURIE-SKŁODOWSKA
LUBLIN – POLONIA

VOL. XXIII

SECTIO J

2010

Wydział Pedagogiki i Psychologii
Zakład Psychologii Klinicznej i Neuropsychologii

KINGA WAWRECKA

*Psychologiczny opis sytuacji społecznej młodej kobiety
z odległymi następstwami urazu czaszkowo-mózgowego*

Psychological description of situation of social young woman with distant repercussions
of injuries skull-brain

WPROWADZENIE

W obecnych czasach jednym z najistotniejszych wyznaczników wartości psychofizycznej i interpersonalnej człowieka jest wygląd fizyczny i zdrowe, piękne ciało. Przekonanie o wyższości atrakcyjności fizycznej nad innymi atrybutami do tego stopnia zdominowało opinię publiczną, że zaczęło stanowić jedno z najważniejszych i najbardziej pielęgnowanych wymiarów cywilizacyjno-kulturowych. Od współczesnego człowieka wymaga się, aby był zadbany, zawsze uśmiechnięty, zaradny, bo tylko taki ma szansę na osiągnięcie szczęścia. Pojawia się jednak pytanie, gdzie w tej całej pogoni za doskonałością jest miejsce dla osób, które nie są w stanie sprostać tak wysokim wymaganiom społeczeństwa? Takie przekonania prowadzą do ignorowania lub braku zainteresowania osobami, które z przyczyn niezależnych od nich samych przejawiają różnego typu niepełnosprawności, i które stojąc z boku, przyglądają się coraz bardziej „doskonałym ludziom”, pogłębiając poczucie bycia „innym” (Etcoff 2002).

Negatywny stosunek do osób niepełnosprawnych jest potępiany kulturowo i prawnie, dlatego publicznie wyrażane opinie zawsze podkreślają pozytywny i wspierający stosunek do osób niepełnosprawnych. Ale wszelkie odstępstwa od

normy wzbudzają zwykle dyskomfort prowadzący do unikania bodźca, który go wywołuje, i z tego względu tolerancja osób pełnosprawnych najbardziej zaznacza się w przekazach werbalnych. Jednak ciągłe dążenie osób pełnosprawnych do doskonałości fizycznej tak naprawdę pogłębia przepaść między osobami zdrowymi a niepełnosprawnymi, przyczyniając się do stygmatyzacji tych drugich (Marszałek 2007).

W niniejszym artykule poruszę problemy życiowe młodej kobiety z odległymi następstwami urazu czaszkowo-mózgowego i jego wpływ na sytuację społeczną i jakość życia.

U osób z uszkodzeniem mózgu obserwuje się wiele dysfunkcji obejmujących procesy poznawcze, takie jak: zaburzenia ruchowe (typu niedowładu lub różnych form apraksji), percepcyjne, werbalne, dysfunkcje innych procesów poznawczych i emocjonalnych. Wszystkie te deficyty określają sposób funkcjonowania pacjenta w otoczeniu. Zdając sobie sprawę z istniejących ograniczeń, chory człowiek wycofuje się z życia społecznego, ponieważ kontakt z otoczeniem jest dla niego źródłem niepowodzeń i stresów. Ograniczenia uniemożliwiają realizację różnych celów życiowych, zaburzają funkcjonowanie w środowisku rodzinnym i społecznym, prowadząc do poczucia izolacji społecznej (Olszewski 2008).

Z badań przeprowadzonych przez Pąchalską (2007b) wynika, że urazom mózgu często towarzyszy izolacja od otoczenia, prowadząca do spustoszenia życia społecznego, która przyczynia się do osobistej, rodzinnej i społecznej katastrofy. Natomiast Cozolino (2002) podkreśla, że psychoterapia i farmakoterapia mogą przynosić analogiczne efekty w modyfikacji aktywności metabolicznej mózgu, co oznacza istotne znaczenie pozytywnych czynników środowiskowych dla jakości życia osoby chorej. Bardzo ważne jest, aby traktować pacjenta jak człowieka, który znajduje się w sytuacji trudnej, pielęgnować więzi łączące go z ludźmi, zwracać uwagę na jego aktywność życiową w sytuacjach rodzinnych, zawodowych, towarzyskich, wspierać go w rozwiązywaniu jego problemów życiowych (Przesmycka-Kamińska 2002).

Ograniczenie aktywności życiowej, zmaganie się z trudnościami dnia codziennego, często bez powodzenia, powoduje, że człowiek czuje się niepotrzebny i ma poczucie mniejszej wartości. Samemu ciężko mu przełamać barierę wstydu i bezradności. Ponadto często musi uczyć się od nowa podstawowych czynności życia codziennego, jak posługiwanie się sztuczcami czy nauka mowy. Natomiast w toku rehabilitacji pacjent może wyraźniej zacząć postrzegać swoje ograniczenia, co go czyni bardziej wrażliwym na wszelkie sygnały docierające z otoczenia. W wyniku uświadomienia sobie swojego kalectwa porównuje swoje

życie przed i po urazie, a codzienność dostarcza mu wiele sytuacji, w których musi się konfrontować z osobami sprawnymi.

CHARAKTERYSTYKA WYBRANYCH ZABURZEŃ POWSTAŁYCH W WYNIKU USZKODZENIA MÓZGU I ICH NASTĘPSTWA

Mózg jest jednym z najważniejszych organów regulujących wszystkie wymiary życia człowieka, dlatego jego schorzenia prowadzą do powstawania różnych zespołów zaburzeń neurologicznych i neuropsychologicznych. Obraz kliniczny następstw dysfunkcji mózgowych określają patomechanizmy neuronalne, np. etiologia, lokalizacja oraz rozległość uszkodzenia neurotkanki.

Konsekwencje uszkodzenia zależą od specjalizacji funkcjonalnej danych struktur mózgowia. Na poziomie makrostruktur wyodrębnia się płaty: czołowe, skroniowe, ciemieniowe, potyliczne. I tak płaty czołowe kontrolują ruchy dowolne zarówno na poziomie fizjologicznym, jak i wysoko zorganizowanej aktywności psychoruchowej. Dysfunkcje obszarów tylnych płatów czołowych wywołują niedowład po przeciwnej stronie ciała, w uszkodzeniu regionów przedruchowych następuje dysregulacja płynności ruchów, natomiast uszkodzenie okolic przedczołowych prowadzi do zaburzenia czynności złożonych w formie zespołu czołowego, charakteryzującego się zaburzeniami w planowaniu i kontroli działania, zmianami osobowości, zaburzeniami samooceny oraz trudnościami w funkcjonowaniu społecznym.

Płaty skroniowe wiążą się z regulacją percepcji słuchowej, a w efekcie ich dysfunkcji, w zależności od lateralizacji, powstają zaburzenia rozumienia mowy w postaci afazji Wernickego (gdy uszkodzona zostaje lewa półkula), a po uszkodzeniu prawostronnym może wystąpić amuzja (Herzyk 2005/2009; Pąchalska 2007 a).

Z kolei uszkodzenia płatów ciemieniowych, odpowiedzialnych za odbiór i opracowanie wrażeń somatosensorycznych (świadomości ciała, czucia dotyku, orientacji przestrzennej), powodują zaburzenia orientacji w przestrzeni zewnętrznej i obrazie własnego ciała oraz zaburzenia czucia.

Natomiast dysfunkcje płatów potylicznych prowadzą do różnego rodzaju agnozji wzrokowych (agnozja przedmiotowa, agnozja barw i in. – por. Mroziak 1996; Pąchalska 2007a).

Rozległe uszkodzenia mózgu obejmujące struktury korowe i podkorowe wywołują zmiany patologiczne o rozlanym charakterze, np. zaburzenia świadomości, osobowości, tożsamości, motywacji, co rejestruje się w etiologii urazów mechanicznych czaszki i mózgu (por. *ibid.*)

OPIS OSOBY BADANEJ

Badana A.M. to kobieta w wieku 25 lat, mieszkająca z matką w mieście wojewódzkim. Potrafi nawiązać kontakt z otoczeniem, jednak z pewnymi ograniczeniami związanymi z jej stanem, np. współpracuje z innymi, wykonując zlecone jej ćwiczenia, ale czuje się trochę nieswojo, gdy sytuacja wymaga swobodnych więzi (rozmowa, spędzanie razem czasu). Jeśli odczuwa wsparcie i otwarcie drugiej osoby, odpląca często tym samym. Jednak zdarzają się sytuacje, że nie chce współpracować z żadną osobą lub tylko w wybranych przez nią osobami. Był okres, kiedy współpracowała tylko z mężczyznami. Osoba badana lubi się śmiać i żartować, co najczęściej widać w relacjach z bliskimi (matka, brat), zaś w kontaktach z innymi jest bardziej ostrożna, musi poznać kogoś bliżej, żeby poczuć się swobodnie. Badana przed wypadkiem była wesołą i uśmiechniętą dziewczynką. Do koleżanek podchodziła z rezerwą, szukała takich, które jej odpowiadały. Często rezygnowała z towarzystwa koleżanek na rzecz różnych własnych zajęć. Była aktywną dziewczynką, miała wiele zainteresowań, które starała się realizować.

HISTORIA CHOROBY

Osoba badana w wieku 13 lat uległa wypadkowi samochodowemu, w którym doznała urazu czaszkowo-mózgowego ze stłuczeniem pnia mózgu, rozerwaniem lewej półkuli mózgowej, obustronnymi krwioskami podtwardówkowymi, uogólnionym obrzękiem mózgu, złamaniem trzonu kości ramiennej lewej. Nieprzytomna po wypadku została przewieziona do szpitala w Nowym Sączu, gdzie przebywała ponad miesiąc. W szpitalu podjęto decyzję o wykonaniu trepanacji czaszki w trybie doraźnym. W dobie pooperacyjnej stan był bardzo ciężki, w skali Glasgow – 5 punktów. Siedem dni była podłączona do aparatury kontrolującej oddech, przez pierwsze trzy tygodnie utrzymywała się wysoka gorączka (40°C), z kolei przez 41 dni była w śpiączce, potem w „śpiączce czuwającej”, karmiona sondą. Przez kilkanaście pierwszych dni leczenia stwierdzono wypadanie mózgu przez otwór kraniotomijny czaszki.

Miesiąc po wypadku badana poznawała bliskich tylko po głosie, miała problemy z połykaniem (krztusiła się, miała szczękościsk). Zaburzenia porozumiewania się werbalnego z otoczeniem polegały na mowie ograniczonej do zadawania każdemu pytania: „Jak masz na imię?” Pierwsze zdania wypowiadała, mieszając słowa w języku polskim i języku angielskim. Około półtora miesiąca po wypadku wykonywała bierne ćwiczenia w łóżku, następnie doszły ćwiczenia logopedyczne. Podczas ćwiczeń i rehabilitacji współpracowała tylko

z mężczyznami, nie chciała ćwiczyć z kobietami. Pięć miesięcy po wypadku wystąpiły dwa napady padaczkowe.

Następnie była leczona w Klinice Neurotraumatologii w Krakowie, Klinice Chirurgii Dziecięcej w Lublinie, w Klinice Rehabilitacji w Lublinie z rozpoznaniem: porażenie połowicze prawostronne, niedowład lewej kończyny dolnej, porażenie centralne nerwu VII. Siedem miesięcy po wypadku została zakwalifikowana do operacji ze względu na obecność podtwardówkowego ekspansywnego ropniaka w prawej okolicy czołowej. W wywiadzie ustalono też napady epileptyczne. Po tej operacji trafiła do Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie, gdzie przechodziła rehabilitację neuropsychologiczną, logopedyczną, ruchową, hydroterapię, muzykoterapię itp. Pobyt w CZD trwał cztery lata podzielone na turnusy, czas trwania turnusu zależał od stanu zdrowia, np. pierwszy turnus trwał sześć miesięcy, ostatni sześć tygodni. W przerwach między turnusami stale prowadzona była fizykoterapia oraz terapia neuropsychologiczna. Od września 1998 roku przez cztery lata uczestniczyła w rehabilitacji neuropsychologicznej, a także uczęszczała do szkół: 2 lata podstawówki, 7 lat gimnazjum i rok w liceum ogólnokształcącym, co najmniej trzy razy w roku wyjeżdżała na turnusy rehabilitacyjne.

Jesienią 2007 roku zaczęły się problemy psychologiczne: niechęć do kontaktów z innymi (przy współwystępowaniu braku kontaktu werbalnego) oraz spowolnienie psychoruchowe. W wyniku tych objawów zaprzestała nauki w liceum. Od tego momentu kontakt z badaną stał się utrudniony. Przestała się odzywać, nie komunikowała potrzeb fizjologicznych (pragnienie, głód) i bólu.

PRZEBIEG BADAŃ I WYNIKI

Materiały obserwacyjne zostały zebrane w czasie 36 spotkań. Spotkania te można podzielić na dwie części: przed przerwą wakacyjną (22 spotkania) i po przerwie wakacyjnej (14 spotkań). Spotkania odbywały się w mieszkaniu osoby badanej lub poza domem (spacery). Głównym celem spotkań było zaobserwowanie sposobu funkcjonowania społecznego jednostki po rozległym urazie mózgu, jedenaście lat po jego wystąpieniu. Odległe następstwa urazów czaszkowo-mózgowych były więc rozpatrywane w kontekście funkcjonowania społecznego osoby badanej.

Sformułowano pytanie badawcze: Jak odległe następstwa urazu czaszkowo-mózgowego wpływają na jakość kontaktów społecznych, przewidując, że względnie trwałe patokonsekwencje w przebiegu różnych procesów psychicznych obniżają jakość życia pacjenta. Ze względu na istotę zaburzeń zaplanowano głównie obserwację uczestniczącą we wszystkich sytuacjach porozu-

miewania się z pacjentem, organizując warunki przebiegu poszczególnych spotkań.

Analizy uzyskanych danych przeprowadzono na podstawie następujących wskaźników, uwzględniając: (a) zmienną niezależną (ZN) w postaci patologicznych zmian w tkance mózgowej i (b) zmienną zależną (ZZ) w formie jakości kontaktów społecznych (nawiązanie kontaktu werbalnego, niewerbalnego). Jako wskaźniki ocen zmiennych zastosowano: w ZN – wyniki badań CT, MRI, a ZZ – nawiązanie kontaktu, brak kontaktu werbalnego i niewerbalnego (podanie ręki, kontakt wzrokowy, podjęcie zaproponowanego zadania czy gry, potakiwanie głową, uśmiech, odpowiedzi werbalne, próby werbalizacji przez bezgłośnie poruszanie ustami).

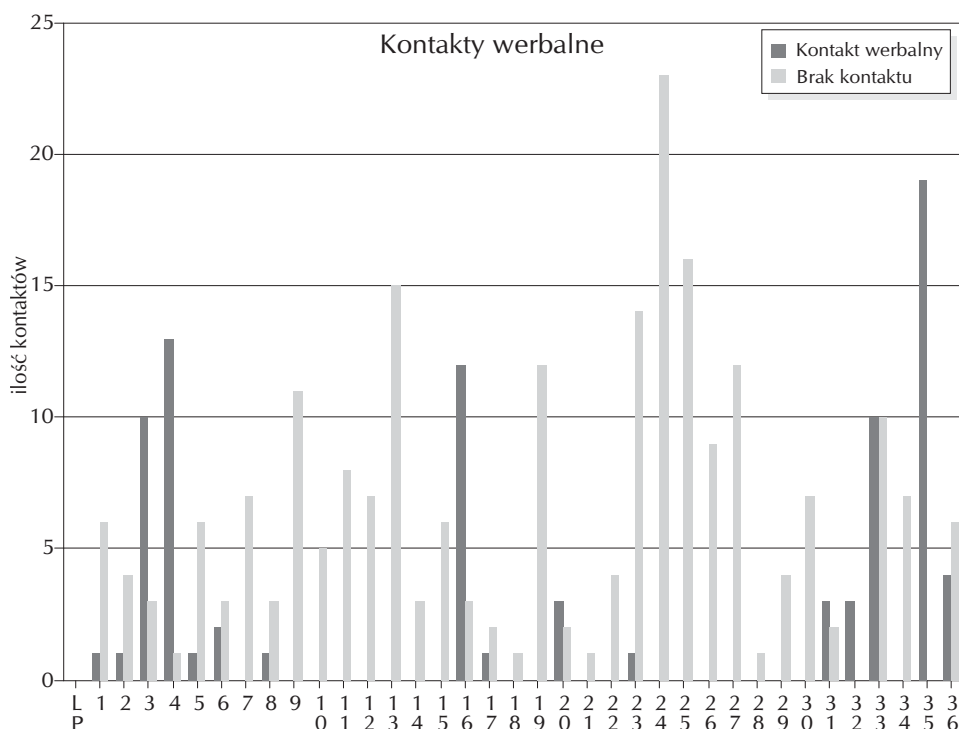
Na podstawie analizy danych uzyskanych z obserwacji wyodrębniono następujące sfery funkcjonowania osoby badanej: (1) kontakt werbalny oraz (2) kontakt niewerbalny (pośredni, bezpośredni).

Osoba badana w ciągu jednego spotkania średnio 2 razy nawiązała kontakt werbalny. Były takie spotkania, na których kontakt w ogóle nie był nawiązany, oraz takie, na których kontakt werbalny nawiązywano 19 razy. Na 20 spotkaniach kontakt ten w ogóle nie miał miejsca, a podczas jednego spotkania był nawiązany w stopniu wyraźnym. Prawie w 56% wszystkich spotkań kontakt werbalny z osobą badaną nie został nawiązany. Udało się to tylko w 14% spotkań (patrz: tabela 1, wykres 1).

W kontakcie werbalnym dominowały odpowiedzi na pytania typu „Tak”, „Nie” oraz konkretne odpowiedzi na pytania, np.: „Cześć”, „Lubię”, „Widzę” i zdania pojedyncze, jak: „Tak, jestem pewna”, „Możesz pożyczyć” „O Boże, o Jezus”. Najbardziej intensywny kontakt werbalny pojawił się na pięciu

Tab. 1. Częstość przejawianych kontaktów werbalnych
Frequencies of the contact verbal's symptoming

Liczba przejawianych zachowań w kontakcie werbalnym	Częstość	Procenty (%)
0	20	55,6
1	6	16,7
2	1	2,8
3	3	8,3
4	1	2,8
10	2	5,6
12	1	2,8
13	1	2,8
19	1	2,8



Wykres 1. Częstość przejawianych kontaktów werbalnych

Frequencies of the contact verbal's symptoming

spotkaniach. Podczas tych spotkań kontakt werbalny był w postaci śpiewania piosenek, czytania książki czy udzielania odpowiedzi na pytania z quizu oraz konkretne odpowiedzi na konkretne pytania obserwatora. Miały one charakter zadaniowy (odpowiedzi na pytania) i spontaniczny (śpiewanie piosenek). Badana sporadycznie inicjowała rozmowę (pięć razy podczas 36 spotkań), a jej wypowiedzi dotyczyły jej stanu fizjologicznego: „Ileż można nos wycierać” oraz „Ciagle leci mi z nosa” czy sarkazm skierowany do mamy: „Dziękuję za pomoc”, jedno wtrącenie w rozmowę obserwatora z jej mamą: „Oj to nie wiadomo do końca, jak to było z tym telewizorem” oraz wyjaśnienie badaczowi reguły gry: „Musi wypaść sześć oczek”.

Nawiązanie kontaktu werbalnego z osobą badaną najczęściej miało charakter zadaniowy w formie udzielania przez nią odpowiedzi na zadawane pytania (patrz tabela 2).

W czasie spotkań kontakt pośredni nawiązywano średnio 9 razy w ciągu spotkania. Najniższa ilość nawiązania kontaktu niewerbalnego pośredniego w ciągu jednego spotkania to 1 raz, zaś największa to 23 razy. Na 13 spotkaniach

Tab. 2. Częstość przejawianych kontaktów niewerbalnych pośrednich
Frequencies of the contact unverbal indirect's symptoming

Liczba przejawianych zachowań w kontakcie niewerbalnym pośrednim	Częstość	Procenty (%)
1	3	8,3
2	2	5,6
3	4	11,1
4	1	2,8
5	3	8,3
6	4	11,1
7	2	5,6
8	1	2,8
9	3	8,3
10	1	2,8
12	2	5,6
13	1	2,8
14	1	2,8
15	2	5,6
16	1	2,8
17	1	2,8
18	1	2,8
20	1	2,8
23	2	5,6

(36,5%) kontakt nawiązywano więcej niż 9 razy. Na ośmiu spotkaniach (55,6%) był on niższy od średniej liczby.

Badana w ciągu jednego spotkania średnio 5 razy nawiązała kontakt niewerbalny bezpośredni. Podczas ośmiu spotkań (22%) badana nie nawiązała w ogóle kontaktu niewerbalnego bezpośredniego. W przebiegu dwóch spotkań kontakt ten był bardzo wyraźny i wynosił 20/21 razy i stanowi 5,6% wszystkich spotkań. W ciągu jedenastu spotkań badana nawiązała kontakt niewerbalny bezpośredni (patrz tabela 3, wykres 2).

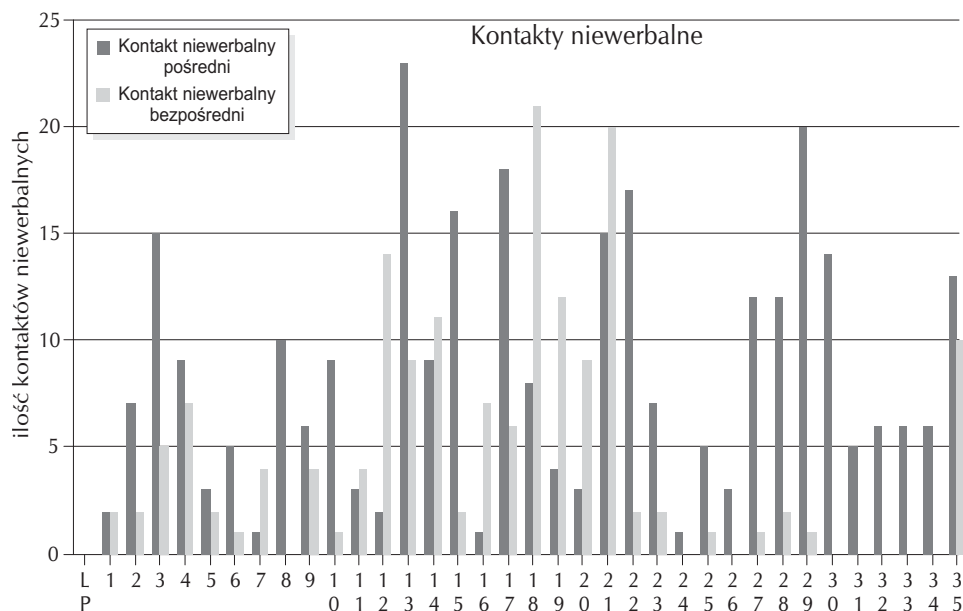
Kontakty niewerbalne pośrednie pojawiały się częściej niż kontakty niewerbalne bezpośrednie (wykres 2). Wśród kontaktów pośrednich najczęściej zaobserwowano podejmowanie zaproponowanej czynności, udział w grach planszowych lub wykonanie jakichś zadań. Badana brała czynny udział w spotkaniu, grała w grę planszową, a także układała klocki, oglądała wskazane

Tab. 3. Częstość przejawianych kontaktów niewerbalnych bezpośrednich
Frequencies of the contact unverbal direct's symptoming

Liczba przejawianych zachowań w kontakcie niewerbalnym bezpośrednim	Częstość	Procenty (%)
0	8	22,2
1	6	16,7
2	7	19,4
3	3	8,3
4	1	2,8
5	1	2,8
6	2	5,6
7	2	5,6
8	1	2,8
9	1	2,8
10	1	2,8
11	1	2,8
12	1	2,8
14	1	2,8
20	8	22,2
21	6	16,7

obrazki, przedmioty, sięgała po nie itp. Na trzech spotkaniach, podczas których zaobserwowano najwięcej zachowań niewerbalnych pośrednich, badana podejmowała takie zadania, jak: łączenie obrazków w pary, dopasowanie obrazków do konkretnego opisu, układanie patyczków czy wybieranie z książki ozdób choinkowych, które będzie wykonywać.

Przy kontakcie niewerbalnym bezpośrednim brano pod uwagę kontakt fizyczny z badaną (taki jak podanie ręki) oraz kontakt wzrokowy (rozumiany jako patrzenie na osobę obserwatora, na jego twarz), a także mruganie oczami, które oznaczało „Tak”, oraz potakiwanie głową na TAK lub NIE. Najczęściej przejawianym zachowaniem w tej kategorii było podanie ręki, ale tylko przy witaniu się i żegnaniu osoby badanej z obserwatorem, oraz potakiwanie głową. W przebiegu dwóch spotkań, na których zaobserwowano najwięcej komunikatów bezpośrednich, występowały one w postaci potakiwania głową. Podczas jednego ze spotkań osoba badana zainicjowała kontakt fizyczny bezpośredni. Przyciskała rękę obserwatora do blatu stołu, a następnie chwyciła za palec, gdy obserwator chciał ją „wyrwać”, ścisnęła dłoń coraz mocniej.



Wykres 2. Częstość przejawiania kontaktów niewerbalnych (pośrednich, bezpośrednich)
Frequencies of the unverbal contacts symptomng (indirect, direct)

INTERPRETACJA WYNIKÓW

Z przeprowadzonych obserwacji wynika, że w zakresie komunikacji werbalnej u badanej obserwuje się głębokie deficyty. Osoba badana ograniczała wypowiedzi werbalne do krótkich, jednowyrazowych odpowiedzi na pytania, jak: „Tak”, „Nie”, „Lubię” itp. Badana rzadko podejmowała werbalizację w sytuacjach wymagających spontanicznych wypowiedzi lub wcześniej znanych wiadomości czy tekstów.

Osoba badana odpowiadała werbalnie tylko wtedy, gdy wypowiedzi dotyczyły konkretnych wiadomości czy znanych tekstów, zaś podczas swobodnego dialogu z obserwatorem kontakt był znacznie ograniczony bądź nie występował w ogóle. Sugeruje to, że nawiązanie kontaktu werbalnego z osobą badaną najczęściej miało charakter zadaniowy lub krótkich komunikatów.

Kontakt o charakterze niewerbalnym był ograniczony szczególnie, gdy dotyczył kontaktu bezpośredniego. W takiej sytuacji badana ograniczała się do angażowania w propozycje obserwatora, jak gry, ćwiczenia, które miały charakter zadaniowy i nie wymagały znacznego kontaktu interpersonalnego.

U badanej obserwuje się ograniczone możliwości w nawiązywaniu kontaktów społecznych – zarówno w zakresie ilościowym, jak i jakościowym. Badana nawiązuje kontakt z otoczeniem w stopniu minimalnym, pozwalający na

przekazanie pojedynczych, prostych komunikatów, a wszelkie przejawy kontaktu mają charakter ograniczony. Pełny kontakt werbalny wraz z komunikatami niewerbalnymi pojawiał się sporadycznie.

Na podstawie powyższych informacji można wnioskować, że odległe następstwa urazu czaszkowo-mózgowego znacznie obniżają jakość kontaktów społecznych.

ZAKOŃCZENIE

Celem pracy było pokazanie sposobu funkcjonowania osoby, która od kilkunastu lat żyje z głębokim urazem mózgu, a także próba zrozumienia problemów, z jakimi musi się ona borykać. Wszelkie urazy mózgu niosą konsekwencje, które mają wpływ między innymi na jakość kontaktów społecznych i znacznie wpływają na jakość życia. Badana po długiej rehabilitacji podjęła naukę szkolną, a kilka miesięcy przed naszymi spotkaniami przerwała naukę w liceum z powodu nagłego wycofania się z życia społecznego. Nagłe załamanie sprawnego funkcjonowania społecznego pokazuje ogromną dynamikę procesów mózgowych oraz ciągle dokonujących się w nim zmian. Na podstawie przeprowadzonych obserwacji możemy wnioskować, że stałe następstwa patologii mózgu może prowadzić do zmian w sferze społecznej.

U badanej zaobserwowano głęboki stopień zaburzeń w werbalnym porozumiewaniu, dlatego kontakt ograniczał się głównie do komunikatów niewerbalnych, często bardzo subtelnych. Uśmiech, który często pojawiał się na twarzy badanej, był oznaką pozytywnego nastroju, ale stanowił też pewną formę komunikacji z otoczeniem. Dzięki niemu wyrażała ona pozytywne nastawienie, akceptację czy zgodę. Podczas spotkań, na których kontakt z badaną był bardzo ograniczony, uśmiech był wskaźnikiem akceptacji obecności obserwatora. Wycofanie się z życia społecznego badanej możemy wyjaśniać wieloma przyczynami. Pierwszą z nich są zmiany zachodzące w mózgu. Rozległe uszkodzenia mogą znacznie wpływać na jakość kontaktów społecznych, w tym przypadku ich skutkiem było wycofanie się z życia społecznego.

Innym wyjaśnieniem może być uzyskanie wglądu w chorobę. Po długoletniej rehabilitacji oraz podjęciu nauki szkolnej badana miała możliwość dostrzeżenia swoich deficytów, a przebywanie w zdrowej grupie młodzieżowej pozwoliło na porównanie sposobu funkcjonowania i ocenę jakości swojego życia. Wgląd i możliwość porównania swoich możliwości z możliwościami zdrowych rówieśników mogło spowodować niechęć do kontaktów i być reakcją na stresogenne sytuacje. Zdrowa grupa odniesienia mogła spowodować dys-

komfort psychiczny, a przebywanie wśród zdrowych rówieśników zaostrzało deficyty badanej.

Kolejną i zarazem ostatnią próbą wyjaśnienia nagłego wycofania się osoby badanej z życia społecznego jest jej osobowość. Badana przed wypadkiem wykazywała introwertywne cechy osobowości, a przy tak głębokich zmianach mózgowych mogło dojść do zaostrenia się cech osobowości, które nabrały charakteru patologii i znacznie wpłynęły na pogorszenie się jakości życia badanej. W urazach czaszkowo-mózgowych jakość funkcjonowania człowieka zależy od wielu czynników. Przy wielu czynnikach wewnętrznych, jakimi są nieustające zmiany w mózgu czy cechy osobowości człowieka, należy też zwrócić uwagę na czynniki zewnętrzne, między innymi na spostrzeganie osoby niepełnosprawnej przez inne osoby.

BIBLIOGRAFIA

- Cozolino L. J. (2002). *Neuronauka w psychoterapii. Budowa i przebudowa ludzkiego mózgu*. Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Etcoff N. (2002). *Przetwarzaj najpiękniejsi*. Warszawa: Wydawnictwo Cis, Wydawnictwo WAB.
- Herzyk A. (2005). *Wprowadzenie do neuropsychologii klinicznej*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR.
- Marszałek L. (2007). *Spoleczny kontekst niepełnosprawności*. „Seminarium” 24/2007, s. 339–353.
- Mroziak J. (1996). *Zaburzenia spostrzegania – agnozje*. W: A. Herzyk, D. Kądziaława (red.), *Zaburzenia w funkcjonowaniu człowieka z perspektywy neuropsychologii klinicznej*. Lublin: Wydawnictwo UMCS, s. 11–52.
- Olszewski J. K. (2008). *Radzenie sobie z chorobą przez osoby z dysfunkcjami oun*. W: Ł. Domańska, A. Borkowska (red.), *Podstawy neuropsychologii klinicznej*. Lublin: Wydawnictwo UMCS, s. 467–477.
- Pachalska M. (2007a). *Neuropsychologia kliniczna. Urazy mózgu. Tom 1*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Pachalska M. (2007b). *Neuropsychologia kliniczna. Urazy mózgu. Tom 2*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Przesmycka-Kamińska J. (2002). *Diagnoza neuropsychologiczna w ujęciu psychologii osobowościowej i środowiskowej*. W: A. Herzyk, B. Daniluk (red.), *Jakościowy opis w neuropsychologii klinicznej. Przekrój zagadnień*. Lublin: Wydawnictwo UMCS, s. 29–40.

SUMMARY

Nowadays the belief about the superiority of the physical attractiveness over the other attributes dominates to the extent of public opinion so much, that it has become one of the most important and cherished aspects of life. We seem to forget that around healthy people are persons with disabilities. Constant pursuit of healthy people to physical perfection deepens the gap between

healthy subjects and the disabled which leads to the stigmatization of persons with disabilities. For instance a brain injury that provokes a lot of dysfunctions, including cognitive processes such as perceptual disturbances, speech disorders, attention and memory dysfunction, or difficulty in movement has a significant meaning for a functionality of a sick person in society. All that reduces the activity of life and the struggle with the difficulties of everyday life makes a person feel useless and not very valuable. The aim of this study was to show how the person, who lived over ten years with a profound brain injury, is living now. On the basis of observations we can conclude that the constant pathology of the brain can lead to changes in the social sphere. Long series of internal and external factors (inter alia, continuing changes in the brain, personality, or perception of a disabled person in the surroundings.) had contributed to the abolition of speech and had limited the manner of communication to non-verbal communication, often very subtle.