

Magdalena Osowicka-Kondratowicz
Uniwersytet Warmińsko-Mazurski, Olsztyn
ORCID 0000-0002-0447-4954
e-mail: magdalena.osowicka@uwm.edu.pl

Joanna Białkowska

Uniwersytet Warmińsko-Mazurski, Olsztyn, Uniwersytecki Szpital Kliniczny, Olsztyn
ORCID 0000-0002-6877-8922
e-mail: joanna.bialkowska@uwm.edu.pl

Paweł Białkowski

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, Olsztyn
ORCID 0000-0002-3000-3160
e-mail: wox.med@gmail.com

Specyfika pracy oraz rola logopedy w interdyscyplinarnym modelu opieki nad chorym po udarze mózgu

The specificity of work and the role of a speech therapist in an interdisciplinary model of care for a stroke patient

The interdisciplinary team involved in the rehabilitation process of the post-CVA patient requires close co-operation among all involved health care professionals in order to ensure a continuous exchange of information and to relate the same information to the patient. The lack of awareness of each team member's work-related tasks could jeopardize the effectiveness of the rehabilitation process instead of enhancing it. Therapeutic goals cannot be achieved during the rehabilitation process if there is inadequate team cooperation when treating a patient. For example, unfamiliarity with the treatment approach that is utilized by the speech therapist may cause developing pathological movement patterns in CVA patients. Interdisciplinary teamwork is a complex process which needs to be based on exchanging knowledge and skills to impact patient care. The purpose of this article is to describe the speech therapy approach to the rehabilitation of a post CVA patient. This type of approach needs to be included in the planning of a complex care for a population of patients with neurological disorders, especially for those suffering from CVA. These patients comprise the majority of neurological disorders.

Słowa kluczowe: udar mózgu, rehabilitacja, terapia logopedyczna, interdyscyplinarny model opieki, komunikacja

Key words: stroke, rehabilitation, speech therapy, interdisciplinary model of care, communication

1. Wprowadzenie

Zgromadzenie Ogólne ONZ w 1982 r. w Światowym Programie na rzecz Osób Niepełnosprawnych przyjęło zasadę wyrównywania szans, mówiącą o konieczności stwarzania warunków dla zaspokajania potrzeb osób niepełnosprawnych możliwie na tym samym poziomie i w takim samym zakresie, jakie mają osoby pełnosprawne (por. <https://www.independentliving.org/files/WPACDP.pdf>). Głównym celem „Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Udaru Mózgu” jest poprawa jakości życia chorych po udarze (zob. <http://www2.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=b3&ms=0&ml=pl&mi=0&mx=0&mt=&my=533&ma=8453>). Zgodnie z Deklaracją Helsingborgską, każdy chory powinien mieć dostęp do rehabilitacji, która winna być prowadzona indywidualnie w zależności od potrzeb chorego i planowana w ścisłym współdziałaniu z członkami rodziny i opiekunami. Rehabilitację realizuje zespół rehabilitacyjny w składzie: lekarz specjalista rehabilitacji medycznej, logopeda, neurolog, fizjoterapeuta, neuropsycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, pracownik socjalny (Kjellstrom i in. 2007).

Według Polskiej Szkoły Rehabilitacji rehabilitację powinna cechować powszechność, kompleksowość, wczesność i ciągłość. Kompleksowość oznacza konieczność realizowania celów rehabilitacji w drodze współpracy wszystkich członków zespołu rehabilitacyjnego. Żadna metoda rehabilitacji nie może być rekomendowana jako jedyna (Lubecki 2011)¹.

Chorzy po udarze mózgu stanowią najliczniejszą grupę spośród chorych na choroby układu nerwowego, którzy wymagają rehabilitacji. Udar mózgu jest główną przyczyną niepełnosprawności u osób powyżej 45 r.ż. W 48% przypadków dochodzi do powstania niedowładu połowiczego, 22% chorych nie jest zdolnych do samodzielnego chodzenia, nawet do 53% osób wymaga pomocy w czynnościach życia codziennego, u 15% stwierdza się zaburzenia mowy (Włoch-Kopeć, Słowik 2008). Udary mózgu, których frekwencja jest z roku na rok coraz wyższa, są uznawane za przyczynę blisko połowy przypadków afazji (Pačalska 1999: 95; zob. też Ryglewicz, Milewska 2004)². Po udarze mózgu chory nagle staje się zależny od pomocy osoby drugiej, sam nie jest w stanie wykonać podstawowych czynności życiowych. W związku

¹ Na temat aktualnych wytycznych dotyczących rehabilitacji po udarze mózgu por. też Wytyczne 2012.

² Całkowita afazja zdarza się u około 21–38% chorych po udarze. Częściej występuje po udarze niedokrwiennym i u osób starszych. Występowanie afazji jest czynnikiem pogarszającym rokowanie. Koreluje z nasileniem deficytów ruchowych, poznawczych, a także zaburzeniami funkcjonowania społecznego i śmiertelnością. W Polsce tylko 48% chorych z udarem mózgu jest poddawanych rehabilitacji mowy (Ryglewicz, Milewska 2004).

z niedowładami kończyn czynności samoobsługowe, wykonywane wcześniej automatycznie, stają się dla pacjenta bardzo dużym problemem. U chorych z afazją, dyzartrią, aktywność językowa, przed udarem zautomatyzowana, staje się niemożliwa lub znacznie utrudniona. Wszystko to sprawia, że pacjent wielu wcześniej oczywistych dla niego funkcji musi się uczyć na nowo.

Celem artykułu jest ukazanie specyfiki pracy oraz roli logopedy w terapii pacjentów po udarze mózgu podejmowanej w ramach interdyscyplinarnego modelu opieki, wymagającego ścisłego współdziałania różnych specjalistów, stałego przepływu informacji w zespole, a także między terapeutą a pacjentem, przy konieczności uwzględnienia wielu zmiennych związanych z funkcjonowaniem osób po udarze mózgu. W tekście analizowane są problemy diagnostyczne, rehabilitacyjne i komunikacyjne, które należy uwzględnić w postępowaniu logopedycznym z takimi pacjentami. Ranga zdolności komunikowania się i umiejętności przyswajania informacji współcześnie stale wzrasta (Chyłkiewicz, Szczygielska 2014: 91). W związku z tym terapia logopedyczna chorego po udarze staje się dla niego i jego rodziny niezmiernie istotna.

2. Specyfika postępowania logopedycznego z chorym po udarze mózgu

Rehabilitację po udarze mózgowym należy rozpocząć w okresie 24–48 godzin po zachorowaniu – już podczas pobytu pacjenta na oddziale udarowym. Rehabilitacja powinna być dostosowana indywidualnie do każdego chorego, a jej cele powinny być dobrane do możliwości pacjenta. Stawianie zbyt wygórowanych, niemożliwych do zrealizowania zadań może spowodować zniechęcenie i utratę motywacji do dalszego usprawniania (Białkowska, Janowska 2007). Intensywna, kompleksowa rehabilitacja szczególnie nacisk kładzie na poprawę samodzielności chorego w wykonywaniu czynności życia codziennego, w tym w codziennej komunikacji. Ćwiczenia należy przeprowadzać, kontrolując ciśnienie i tętno pacjenta oraz planując indywidualnie rodzaj i ilość zadań za każdym razem zależnie od stanu klinicznego chorego.

W przypadku osoby po udarze liczba zmiennych, które wpływają na przebieg diagnozy i program terapii logopedycznej, jest bardzo duża. Do zmiennych tych należy m.in. dynamika zmian stanu klinicznego, sprawność motoryczna pacjenta, wiek, wykształcenie, uprawiany zawód, zainteresowania, sytuacja życiowa, zastosowane leczenie i usprawnianie, wielochorobowość, współwystępowanie różnych jednostek patologii mowy oraz zaburzeń funkcji poznawczych i psychicznych. Zmienne socjologiczne wywierają wpływ na poziom kompetencji językowej przed zachorowaniem oraz obraz zaburzeń

mowy po udarze (Grabias 1997). W czasie diagnozy i terapii logopedycznej osób po udarze winno uwzględniać się wcześniejsze doświadczenia oraz sprawność językową i komunikacyjną pacjenta, decydując w każdym indywidualnym przypadku, co stanowi normę osobniczą, występującą przed udarem, a co jest konsekwencją zachorowania. Należy również brać pod uwagę możliwość występowania u pacjenta innych zaburzeń i nieprawidłowości (takich jak np. zaburzenia recepcji wzrokowej, słuchowej, ubytki w uzębieniu, anomalie w budowie i funkcjonowaniu narządów mowy, zaburzenia fonacji, nieprawidłowości w reakcjach emocjonalnych i zachowaniu) obecnych przed lub będących efektem udaru, a rzutujących na diagnozę i terapię logopedyczną. Przykładowo trudno oczekiwać od pacjenta niedowidzącego liczenia pokazywanych mu palców bez zaopatrzenia go w odpowiednio dobrane okulary, a od osoby z głębokim niedosłuchem adekwatnej odpowiedzi na zadane pytanie. W dalszej części tekstu omówione zostaną najważniejsze zmienne warunkujące przebieg diagnozy i terapii logopedycznej osób po udarze. Zmienne te nie tylko wpływają na specyfikę pracy logopedy z takimi chorymi, ale też wyznaczają miejsce logopedy w ramach interdyscyplinarnego modelu opieki nad pacjentem po udarze.

2.1. Wielochorobowość

Występowanie kilku chorób przewlekłych jednocześnie (tzw. wielochorobowość) jest poważnym problemem w rehabilitacji, zmuszającym do modyfikacji terapii i wpływającym na czas jej trwania (Wieczorowska-Tobis 2011; Białkowska, Mroczkowska 2014). Pacjenci po udarze mózgu często chorują na inne choroby, przebyli operacje i wymagają dodatkowych zabezpieczeń w terapii. Przykładem może być endoprotezoplastyka stawu biodrowego. Chory po endoprotezoplastyce stawu biodrowego powinien siadać na krześle, którego wysokość musi być tak dobrana, żeby zgięcie w stawie biodrowym nie przekraczało 90 stopni, ponieważ może dojść do zwicznienia protezy. Pacjenci z wszczepioną endoprotezą stawu kończyny dolnej powinni unikać aktywności *high impact* związanej z bieganiem, skokami bądź nadmiernym przeciążaniem operowanego stawu (Kokoszka 2012). Niestosowanie się do powyższych zaleceń (co w wypadku pracy logopedy oznacza np. nieprawidłowe sadzanie pacjenta przy stoliku, przy którym pracuje) przyczynić się może do aseptycznego obluzowania endoprotezy³. Logopeda powinien więc zapoznać się z całą historią choroby i znać podstawowe zasady postępowania

³ Aseptyczne obluzowanie endoprotezy polega na stopniowym zaniku tkanki kostnej wokół implantu. Prowadzi to do utraty stabilności endoprotezy z następowym zaburzeniem

rehabilitacyjnego, żeby w sposób profesjonalny postępować z pacjentem nie tylko w zakresie zaburzeń mowy, ale również kształtowania prawidłowych nawyków ruchowych pacjenta.

2.2. Trudności w przyjmowaniu pokarmu

Zgodnie z definicją logopedii sformułowaną przez CPLOL (Comité Permanent de Liaisons des Orthophonistes-Logopèdes de l'UE – zob. www.cplol.eu), w sferze jej zainteresowań znajdują się nie tylko zaburzenia w nadawaniu i rozumieniu mowy, ale i problemy w polykaniu. Logopeda w terapii powinien więc uwzględnić naukę polykania pokarmów i płynów. Czynności artykulacyjne są bowiem ściśle związane z czynnościami pokarmowymi (mówimy i przyjmujemy pokarm za pomocą tych samych mięśni jamy ustnej). Karmienie chorego i pojenie płynami musi odbywać się w pozycji siedzącej, nie należy przy tym wyryczać chorego podając mu pokarmy i płyny. Należy pomóc pacjentowi w trzymaniu sztućców i poprowadzić jego rękę tak, by łyżką trafił do jamy ustnej. Porcje powinny być małe, łatwe do połknięcia, podawane powoli, wtedy gdy chory połknie poprzedni kęs. Nie należy wkładać sztućców zbyt głęboko do jamy ustnej, żeby nie wywołać odruchu wymiotnego. W trakcie karmienia chory powinien skupić się na gryzieniu i polykaniu, nie należy prowadzić z nim rozmów na inne tematy. Ilość przyjmowanych płynów nie powinna być mniejsza niż 1,5 litra na dobę. Chorym trzeba przypominać o konieczności przyjmowania 1,5 litra płynów na dobę i podawać je również w trakcie zajęć logopedycznych. Zmniejszenie lub brak pragnienia u pacjentów po udarze skutkuje słabym nawilżeniem jamy ustnej, co dodatkowo utrudnia artykulację.

2.3. Trudności ruchowe chorych po udarze

W postępowaniu logopedycznym z chorym po udarze należy uwzględnić podstawowe zasady lokomocji i przemieszczania się rekomendowane dla tej grupy pacjentów. W związku z tym każdy logopeda powinien znać podstawy rehabilitacji, w przeciwnym razie może zaszkodzić choremu. Do najczęstszych błędów popełnianych przez personel medyczny należą: nieprawidłowe układanie chorego w łóżku, przyjmowanie nieprawidłowych pozycji podczas siedzenia i w trakcie chodu⁴. Przykładowo, w postępowaniu logopedycznym

jej funkcji podporowej i ruchowej. U pacjenta objawia się nawrotem dolegliwości bólowych podczas obciążania kończyny (Kokoszka 2012).

⁴ W rozpoznawaniu nieprawidłowości chodu analizuje się poszczególne jego składowe u badanego pacjenta i porównuje je z normami fizjologicznymi w zakresie: 1) czasu trwania

z pacjentem po udarze należy wziąć pod uwagę, iż u chorych z niedowładem połowicznym może powstać patologiczny chód hemiparetyczny. W trakcie takiego chodzenia chory nie wykonuje prawidłowego zgięcia w stawie biodrowym, kolanowym i skokowym po stronie niedowład. Dochodzi do skrócenia fazy podporu, zaburzenia symetrii, czasu trwania kroków. Spastyczna kończyna górna ustawia się w przywiedzeniu ramienia, w pozycji zgięcia w stawie łokciowym, nadgarstkowym i palców dłoni. W trakcie chodu należy tak asekurować pacjenta, aby długość i czas trwania kroku w obu kończynach dolnych były równe i aby poruszały się kończyny górne. Logopeda, będąc członkiem interdyscyplinarnego zespołu zajmującego się chorym po udarze, nie może pozostawać obojętny na to, w jaki sposób pacjent przemieszcza się w drodze na zajęcia logopedyczne lub w trakcie tych zajęć. Powinien w sposób profesjonalny instruować chorego oraz powiadamiać pozostałych członków zespołu nim się opiekującego o stwierdzonych nieprawidłowościach w zakresie nawyków ruchowych pacjenta.

Poza tym w postępowaniu logopedycznym z osobą po udarze należy pamiętać, że unoszenie się na łóżku za pomocą zwisających podciągów, poręczy przyłóżkowych wywołuje nieodwracalne odruchy wyprostne. W związku z osłabieniem siły mięśniowej, zaburzeniami napięcia mięśniowego oraz zaburzeniami czucia powierzchniowego i głębokiego pozostawienie niedowładnej kończyny górnej bez odpowiedniego zabezpieczenia powoduje zespół podwichnięcia w stawie barkowym i narastanie spastyczności. Stosowanie temblaków i innych zabezpieczeń na kończynę górną założonych wokół szyi powoduje powstawanie przykurczów zgięciowo-przywiedzeniowych oraz ucisk na naczynia krwionośne szyi. Zalecanie chorym ściskania piętki pobudza i umacnia pierwotny odruch chwytny, szybko prowadząc do powstania zaciśniętej dłoni i zwiększenia spastyczności całej kończyny górnej. Sam chwyt jest bezużyteczny, jeśli nie można otworzyć dłoni, aby wziąć, a następnie odłożyć przedmiot. Forsowne, bierne, siłowe rozciąganie mięśni spastycznych powoduje zrywanie włókien mięśniowych, ponieważ przy spastyczności mechanizm naprzemiennego działania grup antagonistycznych jest uszkodzony i każdy ruch wywołuje gwałtowny skurcz mięśni. Przy pionizacji i zmianach pozycji w łóżku nie należy pociągać chorego za niedowładną kończynę górną, ponieważ może dojść do powstania zespołu bolesnego barku czy podwichnięcia w stawie ramiennym. W trakcie siedzenia obie kończyny górne powinny

poszczególnych faz chodu (wydłużony, skrócony albo nieobecny), 2) czasu trwania całych kroków, 3) ich symetrii, 4) ustawienia stóp, tułowia, głowy, miednicy, kończyn górnych i kończyn dolnych, 5) rytmiczności, symetrii, harmonii ruchu. Korzystanie z kul i lasek do nauki chodzenia przez chorego z niedowładem połowicznym powoduje powstawanie i utrwalanie patologicznego chodu hemiparetycznego.

być podparte na stole, kończyna niedowładna powinna znajdować się w polu widzenia pacjenta. W związku z możliwością wystąpienia u chorego „zespołu zaniedbania”, przedmioty powinny być ustawiane na granicy linii widzenia chorego i sukcesywnie przesuwane, tak aby poszerzać pole widzenia⁵. Pacjent z niedowładem połowicznym powinien używać ręki, w której występuje osłabiona siła mięśniowa. Trzeba zalecać mu wykonywanie wszystkich możliwych czynności życia codziennego za pomocą kończyny niedowładnej, wspomaganej kończyną sprawną. Chory powinien nosić zegarek, torbę na kończynie objętej niedowładem, otwierać drzwi, zapalać światło, trzymać długopis, przekładać kartki, wskazywać przedmioty, przesuwać krzesło ręką niedowładną, nosić oburącz lekkie przedmioty itp. Wskazane czynności należy uwzględnić w terapii logopedycznej w celu wyrabiania prawidłowych nawyków u chorego. Kompleksowe postępowanie rehabilitacyjne wymaga motywowania chorego do używania kończyny niedowładnej przez wszystkich członków zespołu rehabilitacyjnego, w tym przez logopedę.

2.4. Hipotonia ortostatyczna

Istotnym problemem w trakcie terapii jest hipotonia ortostatyczna, czyli spadek ciśnienia tętniczego (skurczowego o minimum 20 mm Hg, rozkurczowego o 10 mm Hg) po przyjęciu pozycji stojącej. Zwiększa ona ryzyko zaburzeń równowagi i upadków, co może istotnie ograniczać sprawność funkcjonalną chorych (Wieczorowska-Tobis, Rajska-Neumann 2006). Ważną rolę w leczeniu hipotonii odgrywa edukacja chorego i jego opiekunów. Należy wystrzegać się gwałtownej pionizacji. W celu uniknięcia zasłabnięć i omdleń związanych z hipotonią ważne jest, aby pacjenci przed wstaniem z łóżka przyjmowali na kilka minut pozycję siedzącą. Poza tym w pracy z pacjentem należy unikać wysiłków beztlenowych, dlatego w takcie terapii logopedycznej powinno się wykonywać z chorym ćwiczenia oddechowe⁶.

⁵ Zespół pomijania stronnego (zwany również zespołem zaniedbywania połowicznego, nieuwagi połowicznej lub agnozą wzrokowo-przestrzenną) cechuje niemożność przetworzenia lub reagowania na bodźce pojawiające się w określonej połowie pola widzenia na skutek uszkodzenia mózgu po przeciwnej stronie. Zespół pomijania stronnego rozpoznaje się u około 43% pacjentów po udarze prawej półkuli mózgu i około 20% chorych z uszkodzeniami lewo-półkulowymi (Konkel i in. 2015).

⁶ Trening beztlenowy (in. trening anaerobowy) to rodzaj wysiłku fizycznego, podczas którego energia pozyskiwana jest z przemian beztlenowych (Jagier 2017).

2.5. Zaburzenia poznawcze

Zaburzenia poznawcze stanowią znaczącą barierę oraz mogą negatywnie wpływać na wynik usprawniania. Kłopoty z koncentracją uwagi, zmniejszenie zdolności skupienia się na kilku zagadnieniach jednocześnie, wydłużenie czasu reakcji, spowolnienie szybkości ruchów dowolnych oraz zaburzenia pamięci mogą mieć negatywny wpływ na proces usprawniania (Luk 2012). U osób z zaburzeniami koncentracji nie należy wprowadzać do ćwiczeń zbyt dużej ilości złożonych poleceń. Terapia funkcji poznawczych (kognitywna) ma na celu odbudowę zaburzonej funkcji lub wprowadzenie strategii kompensacyjnych zastępujących bezpowrotnie utraconą funkcję. Pacjent, u którego występują zaburzenia behawioralne, z reguły jest mało krytyczny, błędnie rozumie instrukcje słowne, nie jest świadomy nabytych deficytów neurologicznych, co utrudnia tak terapię logopedyczną, jak i rehabilitację ruchową pacjenta.

2.6. Zaburzenia depresyjne

Niemożliwość mówienia można również obserwować przy zaburzeniach świadomości, a także w przebiegu zaburzeń emocjonalnych, np. w stanach depresyjnych objawiających się ogólnym spadkiem motywacji – w tym motywacji do mówienia. W związku z tym istotność właściwego diagnozowania przez lekarzy psychiatrów depresji u osób po udarze mózgu jest znaczna, również z punktu widzenia postępowania logopedycznego. Depresja jest zaburzeniem funkcjonowania emocjonalnego, którego zasadniczym wyrazem jest dominujące uczucie przygnębienia i zniechęcenia. Według kryteriów DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition), aby rozpoznać epizod dużej depresji, niezbędny jest co najmniej dwutygodniowy okres obniżonego nastroju lub też utraty zainteresowań czynnościami dnia codziennego⁷. Dodatkowo, w tym samym czasie, musi wystąpić pięć lub więcej spośród wymienionych niżej objawów: depresyjny nastrój przez większą część dnia; zmniejszenie zainteresowań i zdolności do przeżywania przyjemności; wyraźny wzrost lub spadek wagi; bezsenność albo nadmierna senność; pogorszenie koordynacji ruchowej; wrażenie zmęczenia; poczucie własnej bezwartościowości i winy; spadek sprawności myślenia i koncentracji; powracające myśli o śmierci i samobójstwie.

⁷ Nowsza klasyfikacja DSM-V zawiera kilka nowych zaburzeń depresyjnych, w tym: dezorganizujące zaburzenie regulacji nastroju i przedmiesiąrcyjne zaburzenie dysforyczne. Nie uległy zmianie w stosunku do DSM-IV ani podstawowe objawy kryterialne istotne dla diagnozy epizodu większego zaburzenia depresyjnego, ani wymagany czas trwania wynoszący co najmniej dwa tygodnie (zob. Regier i in. 2013).

Według polskich szacunków liczba chorych, uwzględniająca także przypadki depresji maskowanej innymi objawami niż psychiczne, może sięgać nawet 1,5 mln osób. Depresja częściej występuje u kobiet niż mężczyzn (Carson i in. 2003)⁸. Trudność rozpoznania depresji u chorych powoduje, że większość z nich nie otrzymuje właściwego wsparcia farmakologicznego. Efektem jest wtórne pogorszenie funkcji poznawczych. Należy przy tym pamiętać, że u osób po udarze zmiany w sferze psychicznej mogą powstać na tle organicznym (uszkodzenie mózgu) lub psychicznym (reakcja na własną niepełnosprawność) (Panasiuk 2012).

2.7. Diagnoza różnicowa

U pacjentów po udarze mogą współwystępować sprzężone i niespecyficzne zaburzenia mowy, stąd niezwykle istotna staje się diagnoza różnicowa oraz zindywidualizowanie programu terapii logopedycznej. Językowe symptomy problemów artykulacyjnych o typie dyzartrii często utrudniają rozpoznanie współwystępujących objawów afazji motorycznej. Granica między tymi zaburzeniami jest płynna z powodu zaangażowania struktur podkorowych zarówno w mechanizmy językowe, jak i wykonawcze mowy. Wobec tego kryterium lokalizacji uszkodzenia mózgu jest w wypadku tych dwóch jednostek patologii niewystarczające. Zaburzenia funkcji poznawczych wymagają często różnicowania z afazją, dyzartrią i zespołem depresyjnym (Białkowska, Idźkowska 2007). Dokładna diagnostyka pacjenta po udarze mózgowym powinna zawierać ocenę funkcji poznawczych i wyjaśniać przyczyny zaburzeń mowy. Konieczne jest różnicowanie afazji, dyzartrii i zaburzeń funkcji poznawczych typu: spostrzeganie, pamięć, uwaga, programowanie, konstruowanie, aktywność intelektualna (Barret i in. 2007; Panasiuk 2005). Należy przy tym pamiętać, że specyficzne dysfunkcje poznawcze, manifestujące się zaburzeniami w sferze mowy, są charakterystyczne nie tylko dla pacjentów z afazją, ale także dla chorych z innego rodzaju uszkodzeniami tkanki mózgowej (Borkowska i in. 2007). Afatyczne i nieafatyczne zaburzenia mowy

⁸ Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie przeprowadził w 2012 r. w Polsce badania rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych na reprezentatywnej grupie osób w wieku 18–64 lat. Stwierdzono, że u 766 tys. dorosłych Polaków w wieku produkcyjnym wystąpił w przeszłości co najmniej jeden epizod depresyjny. Depresja dotyczy 2,5% Polek w wieku 18–39 lat i 5% kobiet w wieku powyżej 50 r.ż. W grupie mężczyzn szczyt zachorowań przypada na wiek 30–39 lat. Bez względu na płeć częściej chorują osoby mieszkające w mieście niż na wsi. Wśród dzieci zachorowalność kształtuje się na poziomie 1% w 2–3 r.ż. i 2% w wieku 6–12 lat (Epidemiologia 2012; na temat zjawiska depresji w grupie pacjentów po udarze mózgu por. też Jadczyk i in. 2009).

(pragnozja), komplikacje wymawianiowe o typie dyzartrii współwystępujące z afazją motoryczną, możliwość jednoczesnego wystąpienia zaburzeń wyższych czynności psychicznych, utrudniających orientację w otoczeniu i powodujących znaczne trudności komunikacyjne, ewentualność współwystępowania objawów zaburzeń dementywnych u osób w podeszłym wieku, konieczność brania pod uwagę wielu innych czynników modyfikujących obraz zaburzeń mowy po udarze – wszystko to wskazuje na znaczny stopień komplikacji i interferencji objawów wynikających z organicznego uszkodzenia mózgu. W tej sytuacji niezwykle istotnego znaczenia nabiera należyte przygotowanie merytoryczne oraz trening i doświadczenie diagnostyczno-terapeutyczne logopedy, a także ścisła współpraca wszystkich członków interdyscyplinarnego zespołu.

2.8. Komunikacja z pacjentem po udarze

Ważny jest również model podejścia logopedy do pacjenta, wyrażający się m.in. w sposobie komunikacji z pacjentem i/lub opiekunami pacjenta po udarze. Logopeda nie powinien stosować paternalistycznego modelu relacji z chorym. W paternalizmie dominuje autorytarny stosunek do pacjenta. Krytyka paternalistycznego podejścia do chorego rozpoczęła się w latach osiemdziesiątych XX w. Obecnie propagowanym modelem jest model partnerski, w którym pacjent ma dużą autonomię i sam podejmuje decyzje o proponowanych metodach diagnozy i terapii (Wroński i in. 2009; Stefaniak 2011)⁹. W XXI w. model paternalistyczny dopuszczalny jest tylko w sytuacjach wyjątkowych. W teorii model partnerski jest promowany kosztem krytykowanego paternalizmu. Praktyka bywa jednak różna, co podkreśla wielu badaczy zajmujących się kwestią paternalizmu i co jest zgodne również z odczuciami samych pacjentów (por. np. Wroński i in. 2009). Obecne w ochronie zdrowia zachowania paternalistyczne nie wynikają przy tym jedynie z chęci dominacji czy wzmocnienia autorytetu personelu medycznego, lecz zazwyczaj stanowią rezultat rutynizacji postępowania diagnostyczno-terapeutycznego o charakterze nieuświadomionym. W związku z tym konkretne zachowania składające się na postawę paternalistyczną mogą stanowić nawyk, który jest trudny do kontrolowania, a tym samym do eliminacji z zachowania (Thomasma 1983). W relacji logopeda – pacjent powinien obowiązywać model partnerski, a jeśli ze względu na stan chorego nie jest on możliwy, model ten powinien obowiązywać w relacji logopeda – opiekun pacjenta. Jednak nawet w tym ostatnim

⁹ Prawo do autonomii jest obecnie podstawowym prawem pacjenta przebywającego w zakładzie opieki zdrowotnej, co reguluje szereg aktów prawnych, m.in. ustawa zasadnicza.

wypadku należy chorego dopuszczać do wszystkich decyzji, które – pomimo swego stanu – jest w stanie podjąć samodzielnie. Zarówno w relacji logopeda – pacjent, jak i logopeda – opiekun pacjenta należy unikać konkretnych zachowań charakterystycznych dla modelu paternalistycznego. Paternalizm jako strategia komunikacyjna przejawia się przykładowo w stosowaniu określonych zwrotów apelatywnych, np. mówieniu do pacjenta na „ty” lub tworzeniu relacji pośrednich pomiędzy „ty” a „pan/pani” poprzez zwracanie się do pacjenta per „pan/pani” wraz z imieniem (np. „pani Kasiu”) lub, co gorsza, ze zdrobnieniem imienia („pani Kasieńko”). Formy te, stosowane jednostronnie (tzn. logopeda używa ich w stosunku do pacjenta, ale nie *vice versa*) i najczęściej bez zezwolenia, podkreślają dominację oraz protekcyjny stosunek do chorego i są jednym z bardziej charakterystycznych językowych przejawów paternalizmu. Formy te, zwłaszcza przez osoby w średnim i podeszłym wieku, są zazwyczaj odbierane jako przekroczenie granicy ich prywatności (więcej na temat form adresatywnych por. Marcjanik 2008)¹⁰. Przejawem postawy paternalistycznej w komunikacji językowej jest również: nadużywanie zdrobnień i spieszceń – np. buźka, jęczyczek, rączka, co infantylizuje relacje, spychając pacjenta do roli dziecka; ignorowanie pytań pacjenta/opiekuna pacjenta, zwłaszcza tych dotyczących jego stanu i rokowań, co przejawia się albo całkowitym przemilczaniem pytań, albo tak zdawkową odpowiedzią, że nie zaspokaja ona potrzeb informacyjnych pacjenta lub opiekuna pacjenta; nadużywanie specjalistycznego słownictwa i fachowej terminologii medycznej i logopedycznej, którego przyczyną jest chęć umocnienia swego autorytetu, a konsekwencją zwiększenie dystansu w relacji logopeda – pacjent oraz wykluczenie pacjenta ze świadomego i czynnego udziału w komunikacji i leczeniu; odmawianie pacjentowi prawa do posiadania i wyrażania własnych odczuć poprzez podważanie rzeczywistych doznań pacjenta lub ich negowanie, kiedy to z wypowiedzi logopedy wynika, że ma większą wiedzę na temat tego, co czuje pacjent niż sam pacjent, np. na zgłaszane uczucie drętwienia języka twierdzi się, że nie jest to drętwienie, co z jednej strony neguje rzeczywiste odczucia pacjenta, z drugiej strony próbuje na nie wpłynąć; stosowanie inkluzywnego „my” (wysuniemy, powiemy, zrobimy itp.), które tworzy poczucie wspólnoty, ale jednocześnie prowadzi do zdominowania pacjenta i pozbawienia go podmiotowości (na temat przejawów paternalizmu w komunikacji por. Stefaniak 2011; Rutkowski 2016). Paternalizm jako strategia komunikacyjna powiązana z określoną formą działania może przejawiać się w podejmowaniu danej czynności bez uprzedzenia, np. w nagłym w odczuciu pacjenta

¹⁰ Wszystkie formy adresatywne skracające dystans, a stosowane jednostronnie, stanowią przejaw pozycjonowania siebie jako strony nadrzędnej względem odbiorcy.

manipulowaniu w jamie ustnej bez uprzedzenia, że podejmie się taką czynność; w wykonywaniu jakiejś czynności na pacjencie, zwłaszcza nieprzyjemnej, bez jednoczesnego omawiania, co wykonuje się w danej chwili, bez zapytania o zgodę i bez uzasadnienia, dlaczego podejmuje się taką ingerencję i czemu ma ona służyć; we „wspieraniu” pacjenta poprzez nieumotywowane terapeutycznie głaskanie, trzymanie za rękę, poklepywanie itp.

W przedstawionym modelu logopeda z góry ustawia pacjenta, ze względu na występującą niepełnosprawność i/lub wiek, w pozycji osoby nieświadomej lub przynajmniej nie w pełni świadomej, z którą nie trzeba się liczyć i którą należy traktować specjalnie, jak dziecko. Dla części osób po udarze, zwłaszcza tych, które przed chorobą osiągnęły wysoki status społeczny (rodzinny, finansowy, zawodowy), takie traktowanie bywa dotkliwsze niż sama choroba. Należy zaznaczyć, że problem ten dotyczy wszystkich osób wchodzących w relację z chorym – nie tylko logopedów, ale też personelu medycznego oraz najbliższego otoczenia. Specyfika pracy logopedy z pacjentami po udarze podejmowanej w ramach interdyscyplinarnego modelu opieki wymaga od logopedy jako specjalisty diagnozy i terapii zaburzeń kompetencji językowych i komunikacyjnych, podejmowania kroków przeciwdziałających paternalistycznemu modelowi podejścia do pacjenta i edukowania rodziny pacjenta oraz pozostałych specjalistów wchodzących w skład zespołu w zakresie prawidłowego sposobu komunikowania się z chorym po udarze.

2.9. Udział pacjenta w terapii

Paternalistyczny model relacji z chorym wyklucza pełny i świadomy udział pacjenta w terapii. Tymczasem świadome – na miarę możliwości chorego po udarze, a więc w zależności od ogólnego stanu klinicznego pacjenta – współdziałanie pacjenta w terapii, świadoma współpraca logopedy i pacjenta stanowią znaczący czynnik warunkujący efektywność terapii. Współuczestnictwo pacjenta w terapii winno być oparte na stopniowym kształtowaniu w procesie terapeutycznym przez logopedę wiedzy pacjenta o jego stanie i możliwościach (przy uwzględnieniu dynamiki zmian w tym zakresie) oraz winno uwzględniać subiektywne odczucia pacjenta, traktowanego jak podmiot, a nie przedmiot oddziaływań terapeutycznych. Zapewnienie stałego przepływu informacji zwrotnych między terapeutą a pacjentem jest uważane za warunek konieczny świadomego udziału pacjenta w prowadzonej terapii (Ossowski 1999; Jauer-Niworowska 2012). Z drugiej strony w wypadku pacjenta po udarze uświadamianie mu wszystkich jego problemów bezpośrednio po zachorowaniu wywiera niekorzystny wpływ na stan psychiczny

chorego i może przyczynić się do osłabienia procesów kompensacyjnych. Na tym etapie zdrowienia postawienie diagnozy logopedycznej jest zresztą trudne bądź wprost niemożliwe, a nawet uważane za niewskazane (Panasiuk 2015). Świadome współuczestnictwo pacjenta w terapii jest więc możliwe dopiero po ustabilizowaniu się jego stanu klinicznego. Wówczas też nabiera ono dużego znaczenia, gdyż na tym etapie o rezultatach terapii decyduje nie tylko rodzaj czy liczba powtórzeń danego ćwiczenia, ale też takie repetycje, które – poprzez ich świadome wykonywanie – umożliwiają wytworzenie się jednoczesnych połączeń między różnymi strukturami uczestniczącymi w komunikacji. Wszystko to wiąże się z koniecznością informowania pacjenta zarówno o technice stosowanych ćwiczeń, jak i o ich celu. Wiąże się również z koniecznością uwzględniania w doborze materiału językowego i ilustracyjnego do diagnozy i terapii logopedycznej właściwości społecznych pacjenta po udarze: wieku, wykształcenia, uprawianego zawodu. W razie zaistnienia potrzeby użycia w danej fazie postępowania materiału czy ćwiczenia łatwiejszego i przez to banalniejszego w formie lub treści należy o tym uprzedzić pacjenta.

Innym warunkiem koniecznym świadomego udziału pacjenta w terapii jest wzbudzenie i utrzymywanie zaangażowania emocjonalnego chorego (Ossowski 1999). Zwłaszcza w początkowym etapie terapii warto więc odwoływać się do wcześniejszych pasji i zainteresowań chorego po udarze. Podejmowanie tematyki żywo interesującej pacjenta, zgodnej z jego potrzebami komunikacyjnymi i cechami osobowościowymi, niejednokrotnie stanowi pierwszy impuls wywołujący potrzebę mówienia, otwierając pacjenta na komunikację. Z jednej strony tematyka dostosowana do indywidualnych potrzeb chorego wywołuje zautomatyzowaną aktywność werbalną, co na dalszym etapie może doprowadzić do wznowienia kontrolowanych i dowolnych zachowań językowych, z drugiej wzbudza w nim psychiczną gotowość i motywację do mówienia (Panasiuk 2015). Można tu wykorzystywać różne środki i kanały przekazu (mówienie, pisanie, gestykulowanie, książki, filmy, audiobooki, ulubione przedmioty pacjenta) oraz różne miejsca, okoliczności i sytuacje, włączając opiekuna pacjenta, a także innych członków zespołu rehabilitującego pacjenta w podejmowanie interesującej go tematyki. Wspiera to terapię logopedyczną, pozwalając wzbudzić i utrzymać zaangażowanie emocjonalne chorego w trakcie terapii.

Wszystko, co wyżej powiedziano, wskazuje, że nie należy ujednotaczać technik i materiałów wykorzystywanych w badaniu i terapii logopedycznej poszczególnych chorych po udarze ze względu na różne u różnych osób uwarunkowania socjologiczne, kliniczne i różny charakter samych zaburzeń mowy. Wystandaryzowane techniki diagnostyczne należy wykorzystywać, ale nie jako jedyne w rozpoznawaniu całokształtu trudności językowych

i komunikacyjnych związanych z przebytym udarem (Panasiuk 2012). Samo zaś badanie stanu mowy pacjenta po udarze nie powinno być zredukowane wyłącznie do oceny poprawności form językowych i konstrukcji składniowych, lecz winno uwzględniać stan językowy pacjenta w jego funkcji poznawczej i komunikacyjnej w rozmaitych uwarunkowaniach społecznych i sytuacyjnych, a także aspekt niewerbalny komunikacji (Grabias 1997; Panasiuk 2005). Taka pragmatyczna ocena wymaga zebrania bogatego i różnorodnego materiału językowego, tak by próba była reprezentatywna. Pewne spostrzeżenia pod tym względem mogą być dostarczane przez opiekunów pacjenta i inne osoby stykające się z pacjentem, w tym przez pozostałych członków zespołu rehabilitującego chorego.

3. Zakończenie

Praca w ramach zespołu rehabilitującego pacjenta po udarze jest niezwykle wymagająca. Oprócz gruntownej znajomości standardów postępowania w ramach specjalności własnej, wymaga orientacji w materii składającej się na interdyscyplinarnie powiązane dyscypliny, w zakresie niezbędnym do prawidłowego wykonywania danej profesji. Wszelkie zaniedbania pod tym względem mogą skutkować negatywnie dla pacjenta. Interdyscyplinarny model opieki nad chorym po udarze wymaga więc ścisłej współpracy i wzajemnej interakcji pomiędzy różnymi specjalistami, stałego przepływu informacji zwrotnych w zespole, a także między terapeutą a pacjentem. W przeciwnym razie opieka zamiast kompleksowej będzie zatomizowana, co nie przyniesie zakładanych w jej ramach celów. Przeciwnie, brak współpracy wszystkich członków zespołu rehabilitacyjnego, nieznajomość specyfiki pracy każdego z nich przez pozostałych, może niweczyć efekty rehabilitacji w danym obszarze, zamiast je wspierać. Przykładowo, nieznajomość podstaw rehabilitacji w pracy logopedy może skutkować niewłaściwym doprowadzaniem pacjenta na terapię, nieodpowiednim sadzaniem go przy stole, nieumiejętną pomocą przy podnoszeniu się, nieprawidłowym wykorzystaniem kończyny objętej niedowładem itp., co w konsekwencji może spowodować kształtowanie się patologicznych nawyków ruchowych. Z kolei przyjmowanie w pracy fizjoterapeutów, że pojawienie się u chorego zautomatyzowanych wyrażen oraz stereotypowych zwrotów językowych i zachowań niewerbalnych świadczy o ustąpieniu afazji może wprowadzać w błąd rodzinę pacjenta, a także powodować stawianie przez fizjoterapeutę wygórowanych wymagań w stosunku do pacjenta co do rozumienia instrukcji słownych. Tymczasem kompleksowa opieka prowadzona przez interdyscyplinarny zespół winna wzajemnie wspierać i uzupełniać działania podejmowane przez poszczególnych jego członków.

Literatura

- Barret A. M., Levy C. E., Gonzales Rothi L. J. (2007): *Treatment Innovation In Rehabilitation of Cognitive And Motor Deficits After Stroke and Brain Injury Physiological Adjunctive Treatments*. „Abstract. AM.J. Med. Rehabilitation”. Lippincott Williams & Wilkins, 86, s. 423–425.
- Białkowska J., Idźkowska B. (2007): *Ocena częstości występowania zespołów depresyjnych u chorych po udarze mózgu hospitalizowanych w oddziale rehabilitacji*. „Polish Annals of Medicine – Rocznik Medyczny”. Olsztyn 14(1), s. 49–52.
- Białkowska J., Janowska E. (2007): *Rehabilitacja behawioralna chorych po udarze mózgu leczonych w Oddziale Rehabilitacji ZOZ MSWiA z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie*. „Polish Annals of Medicine – Rocznik Medyczny”. Olsztyn 14(1), s. 53–58.
- Białkowska J., Mroczkowska D. (2014): *Specyfika rehabilitacji pacjentów geriatrycznych z wielochorobowością – opis przypadku 82-letniego pacjenta*. „Geriatrics” 8, s. 1–5.
- Borkowska A., Warwas I., Wilkość M., Dróżdż W. (2007): *Neuropsychologiczna ocena dysfunkcji poznawczych w depresji po udarze mózgu*. „Psychiatria” 2007. T. 4, nr 2, s. 39–44.
- Carson R.C., Butcher J.N., Mineka S. (2003): *Psychologia zaburzeń*. GWP. Gdańsk.
- Chyłkiewicz J., Szczygielska A. (2014): *Sprawozdanie z posiedzenia otwartego Komitetu Nauk Klinicznych Polskiej Akademii Nauk „Najczęstsze problemy medyczne wieku starszego w Polsce”, 24 marca 2014 r.* „Nowa Audiofonologia”. T. 3(1), s. 91–93.
- Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej EZOP Polska. Kondycja psychiczna mieszkańców Polski*. Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie 2012.
- Grabias S. (1997): *Mowa i jej zaburzenia*. „Audiofonologia” X, s. 9–36.
- Jadcuk A., Kaca-Oryńska M., Friedman A. (2009): *Poziom depresji w ostrej fazie udaru mózgu w zależności od lokalizacji ogniska niedokrwiennego w dominującej lub niedominującej półkuli mózgu*. „Udar Mózgu” 11(1), s. 1–8.
- Jegier A. (2017): *Podstawy fizjologii wysiłku fizycznego przydatne w rehabilitacji kardiologicznej*. [W:] *Rekomendacje w zakresie realizacji kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej. Stanowisko ekspertów Sekcji Rehabilitacji Kardiologicznej i Fizjologii Wysiłku Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego*. Asteria Med., s. 93–95.
- Jauer-Niworowska O. (2012): *Terapia logopedyczna pacjentki z dyzartrią wiotką – opis przypadku*. „Studia pragmatolingwistyczne. Rocznik Instytutu Polonistyki Stosowanej Wydziału Polonistyki UW”. R. IV, s. 152–164.
- Kjellstrom T., Norrving B., Shatchkute A. (2007): *Helsingborg Declaration 2006 on European stroke strategies*. *Cerebrovasc Dis.* 23, s. 231–241. *Hygeia Public Health* 2011, 46(4), s. 506–515.
- Kokoszka P. (2012): *Wieloaspektowa analiza wyników bezcementowej endoprotezoplastyki stawu biodrowego z zastosowaniem trzpienia Zweymüllera oraz stożkowej panewki wkręcanej*. Rozprawa doktorska. Poznań.
- Konkel M., Drozd A., Nowacka-Kłos M., Hansdorfer-Korzon R., Barna M. (2015): *Zespół pomijania stronnego u pacjentów po udarze mózgu – przegląd metod fizjoterapeutycznych*. „Forum Medycyny Rodzinnej”. T. 9, nr 5, s. 405–415.
- Lubecki M. (2011): *Polski model rehabilitacji medycznej zaakceptowany i zalecany przez WHO (The Polish model of rehabilitation accepted and recommended by WHO)*. „Hygeia Public Health” 46(4), s. 506–515.
- Luk J. (2012): *Rehabilitation in older people: know more, gain more*. „Medical Practice”, *Hong Kong Med J.* 18(1), s. 56–59.
- Marcjanik M. (2008): *Grzeczność w komunikacji językowej*. Warszawa.
- Ossowski R. (1999): *Teoretyczne i praktyczne podstawy rehabilitacji*. Bydgoszcz.
- Panasiuk J. (2005): *Diagnoza różnicowa zaburzeń językowych u chorych z uszkodzeniami mózgu*. [W:] *Logopedia. Teoria i praktyka*. Red. M. Młynarska, T. Smereka. Wrocław, s. 44–68.
- Panasiuk J. (2005): *Struktura języka a struktura poznania w afazji*. [W:] *Logopedia. Teoria i praktyka*. Red. M. Młynarska, T. Smereka. Wrocław, s. 69–91.

- Panasiuk J. (2012): *Diagnoza logopedyczna w przebiegu chorób neurologicznych u osób dorosłych*. [W:] *Diagnoza logopedyczna. Podręcznik akademicki*. Red. E. Czaplewska, S. Milewski. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne. Sopot, s. 263–324.
- Panasiuk J. (2015): *Postępowanie logopedyczne w przypadkach afazji*. [W:] *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego*. Red. S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak. Lublin, s. 869–916.
- Pachalska M. (1999): *Afazjologia*. Warszawa–Kraków.
- Regier D. A., Kuhl E. A., Kupfer D. J. (2013): *The DSM-5: Classification and criteria changes*. „World Psychiatry” 12(2), s. 92–98.
- Rutkowski M. (2016): *Językowy wymiar paternalizmu na przykładzie interakcji lekarz-pacjent i urzędnik-klient*. „Forum Lingwistyczne” 3, s. 87–95.
- Ryglewicz D., Milewskiej D. (2004): *Epidemiologia afazji u chorych z udarem mózgu*. „Udar Mózgu”. T. 6, nr 2, s. 65–70.
- Stefaniak K. (2011): *Władza i tożsamość w komunikacji lekarz-pacjent*. Wrocław.
- Thomasma D. C. (1983): *Beyond medical paternalism and patient autonomy: a model of physician conscience for the physician-patient relationship*. „Annals of Internal Medicine” 98, s. 243–248.
- Wieczorowska-Tobis K., Rajska-Neumann A. (2006): *Kompleksowa ocena geriatryczna jako narzędzie do analizy stanu funkcjonalnego pacjenta starszego*. „Geriatra Polska” 1, s. 38–40.
- Wieczorowska-Tobis K. (2011): *Specyfika pacjenta starszego*. [W:] *Fizjoterapia w geriatricznie*. Red. K. Wieczorowska-Tobis, T. Kostka, A. M. Borowicz. Warszawa, s. 18–27.
- Włoch-Kopeć D., Słowik A. (2008): *Podstawowe zasady rehabilitacji po udarze mózgu*. „Forum profilaktyki”. Warszawa 3(12), 6.
- Wroński K., Bocian R., Depta A., Cywiński J., Dziki A. (2009): *Opinie pacjentów na temat modelu paternalistycznego w relacji lekarz-pacjent. Prawne aspekty autonomii pacjenta w opiece zdrowotnej*. „Nowotwory. Journal of Oncology” 59, 4, s. 266–273.
- Wytyczne (2012): *Wytyczne Grupy Ekspertów Sekcji Chorób Naczyniowych Polskiego Towarzystwa Neurologicznego. Postępowanie w udarze mózgu*. „Neurol Neurochir Pol.” 46 (1, supl. 1).

Źródła internetowe

<https://www.independentliving.org/files/WPACDP.pdf>

<http://www2.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=b3&ms=0&ml=pl&mi=0&mx=0&mt=&my=533&ma=8453>

www.cplol.eu

Summary

The interdisciplinary team involved in the rehabilitation process of the post-CVA patient requires close co-operation among all involved health care professionals in order to ensure a continuous exchange of information and to relate the same information to the patient. The lack of awareness of each team member's work-related tasks could jeopardize the effectiveness of the rehabilitation process instead of enhancing it. Therapeutic goals cannot be achieved during the rehabilitation process if there is inadequate team cooperation when treating a patient. For example, unfamiliarity with the treatment approach that is utilized by the speech therapist may cause developing pathological movement patterns in CVA patients. Interdisciplinary teamwork is a complex process which needs to be based on exchanging knowledge and skills to impact patient care. The purpose of this article is to describe the speech therapy approach to the rehabilitation of a post CVA patient. This type of approach needs to be included in the planning of a complex care for a population of patients with neurological disorders, especially for those suffering from CVA. These patients comprise the majority of neurological disorders.