

Julia Wyszomirska, Anna Daniel-Sielańczyk

„Chcę być szczerą. Czy to coś złego?” Studium przypadku z psychologii klinicznej – neuropsychologii. Przykład do egzaminu państwowego

“I want to be honest. Is it something bad?” Clinical psychology case study – neuropsychology.
An example for a State Examination

Zakład Psychologii, Katedra Nauk Społecznych i Humanistycznych, Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Katowice, Polska
Adres do korespondencji: Mgr Julia Wyszomirska, Zakład Psychologii, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, ul. Medyków 12, 40-751 Katowice, e-mail: jwyszomirska@sum.edu.pl

ORCID iDs

1. Julia Wyszomirska <https://orcid.org/0000-0001-7887-4099>

2. Anna Daniel-Sielańczyk <https://orcid.org/0000-0002-0152-6982>

Streszczenie

Praca powstała w związku ze zgłaszanym przez specjalizantów zapotrzebowaniem na dostęp do przykładowych studiów przypadków przygotowanych według wytycznych do egzaminu specjalizacyjnego z psychologii klinicznej. Celem jest zaprezentowanie procesu wnioskowania diagnostycznego i przykładu pracy pozytywnie ocenionej w trakcie egzaminu w 2017 roku. Należy pamiętać, że niektóre fragmenty opisu konieczne w studium egzaminacyjnym zostały skrócone ze względu na wymogi czasopisma. Publikacja jest kontynuacją cyklu artykułów prezentujących opisy przypadków z psychologii klinicznej zaburzeń psychicznych człowieka dorosłego (Rasmus *et al.*, 2019) oraz neuropsychologii (Binder-Olibrowska *et al.*, 2020), które ukazały się na łamach „Psychiatrii i Psychologii Klinicznej”.

Słowa kluczowe: psychologia kliniczna, neuropsychologia, studium przypadku, urazowe uszkodzenie mózgu

Abstract

The publication was created in response to specialists' demand for access to sample case studies prepared according to the guidelines for specialty examination in clinical psychology. Its aim is to present the diagnostic application process as well as an example of a positively assessed case during the 2017 examination. The case study does not constitute the full version presented to the Examination Committee as it was adjusted to the guidelines of the Journal. The paper is a continuation of a series of articles published in the “Journal of Psychiatry and Clinical Psychology” in previous years, presenting case reports from clinical psychology of adult mental disorders (Rasmus *et al.*, 2019) and neuropsychology (Binder-Olibrowska *et al.*, 2020).

Keywords: clinical psychology, neuropsychology, case study, traumatic brain injury

INFORMACJE WSTĘPNE, KONTEKST BADANIA, ANALIZA DOKUMENTACJI

Zdecydowano się opisać pacjentkę po urazie czaszkowo-mózgowym, u której obraz zaburzeń neuropsychologicznych pokazuje, przed jakimi wyzwaniem diagnostycznymi i prognostycznymi na poszczególnych etapach leczenia i zdrowienia może stanąć neuropsycholog. Można tu prześledzić dynamikę zmian – od głębokich zaburzeń świadomości i zachowania do wyłaniających się na pierwszy plan zaburzeń funkcji wykonawczych. Mimo że w rutynowym kontakcie mogą one nie być zauważalne nawet dla pracowników ochrony zdrowia lub być traktowane jako cecha specyficzna pacjentki, wyraźnie negatywnie wpływają na jej codzienne funkcjonowanie, osiąganie indywidualnych celów czy relacje interpersonalne. Istotnymi właściwościami omawianego przypadku są wysokie wyjściowe zasoby mózgowe/poznawcze pacjentki i brak ewidentnych czynników przedchorobowych (poważnych chorób, urazów, uzależnień, zaburzeń psychicznych, problemów społecznych) mogących nakładać się na zaburzenia neuropsychologiczne i komplikować ich rozumienie. Studium przypadku dotyczy 56-letniej kobiety, która zgłosiła się na badanie neuropsychologiczne z powodu różnorodnych trudności, nazywanych przez nią ogólnie „zaburzeniami pamięci”. Problemy pojawiły się po urazie czaszkowo-mózgowym sprzed 7 miesięcy. Z dokumentacji medycznej wynikało, że pacjentka – bez jakichkolwiek niepokojących oznak – upadła z własnej wysokości i mocno uderzyła głową w podłogę. Doszło do wieloogniskowego urazu czaszkowo-mózgowego, krwotoku podpajęczynówkowego i podtwardówkowego, złamania podstawy tylnego dołu czaszki, stłuczenia krwotocznego płatów czołowych i lewego płata skroniowego. W oddziale neurochirurgii chora przeszła kraniotomię podpotyliczną lewostronną – usunięto krwiaka nadtwardówkowego okolicy potylicznej. Następnie, w celu monitorowania stanu po zabiegu, pacjentka została przeniesiona do oddziału neurologii, gdzie z powodu braku współpracy była przez jedną z autorek konsultowana psychologicznie. W początkowym okresie hospitalizacji unikała kontaktu interpersonalnego, zamykając oczy i obracając się do ściany. Była adynamiczna, czas spędzała na leżeniu w łóżku, a później na beczynnym siedzeniu na krześle. Mimo braku deficytów motorycznych z własnej inicjatywy nie podejmowała żadnych działań poza korzystaniem z toalety. Po dwóch tygodniach stan pacjentki znacząco się poprawił: była bardziej aktywna, wykonywała wiele czynności, podejmowała rozmowy z bliskimi i personelem. Reakcje emocjonalne, mimika, prozodia stawały się coraz bogatsze. Obserwowane objawy mogły mieć charakter ogólnomózgowy. Ustępowały szybko, ale biorąc pod uwagę charakter symptomów i lokalizację uszkodzeń mózgu, wysunięto podejrzenie zespołu czołowego. Po 3 tygodniach chorą przeniesiono do oddziału rehabilitacji neurologicznej, gdzie przez 2 miesiące z ww. powodów uczestniczyła w terapii neuropsychologicznej.

W trakcie konsultacji psychologicznej zwrócono uwagę na początkowo obecne symptomy osłabienia motywacji, niepokoju, tendencję do nieadekwatnych wypowiedzi, osłabiony krytycyzm, lekkie rozhamowanie. Wyniki badań wskazywały na zaburzenia pamięci słuchowej oraz osłabienie uwagi i zdolności uczenia się, abstrahowania, kategoryzowania. Nie ujawniły natomiast zaburzeń gnozy wzrokowej, praktyki, szybkości psychomotorycznej, pamięci semantycznej i wzrokowej krótkoterminowej. Zalecono kontynuację treningu procesów poznawczych.

DANE Z OBSERWACJI, WYWIADU KLINICZNEGO

Z uzyskanych danych biograficznych wynika, że rozwój pacjentki we wczesnych latach życia przebiegał prawidłowo. Zdobyła zawód architekta, a obecnie jest zatrudniona na stanowisku urzędniczym. Do momentu urazu głowy swoje zdrowie oceniała jako bardzo dobre. Od lat skutecznie leczyła się z powodu nadciśnienia tętniczego i hipercholesterolemii. Po urazie głowy z powodu deficytów poznawczych i zaburzeń emocji włączono piracetam, donepezyl, memantynę, citalopram i lamotryginę, których w okresie obejmującym badanie już nie przyjmowała. Nie była uzależniona ani nie nadużywała żadnych substancji psychoaktywnych. Miała dobre stosunki z mężem, dorosłą córką i innymi członkami rodziny oraz znajomymi. Obecnie docenia troskę i zaangażowanie męża, dlatego jest gotowa pracować nad modyfikacją niektórych zachowań, mimo że sama uważa je za normalne. Z jednej strony czasami drażnią ją perfekcjonizm i apodyktyczność męża, „chęć układania jej życia”, ale z drugiej strony pacjentka uważa, że na aktualnym etapie życia to on wie, co dla niej najlepsze. Chora deklaruje bardzo dobry status materialny. Interesuje się brydżem, turystyką, sportem, literaturą i fotografią, ale w ostatnich latach największą przyjemność sprawia jej działalność społeczna i polityczna. Problemy opisywane przez oboje małżonków częściowo się pokrywały. Pacjentka i jej mąż różnili się natomiast w ocenie nasilenia i dokuczliwości konkretnych dolegliwości, różnie też wyjaśniali ich mechanizmy. W ocenie męża funkcjonowanie chorej było zmienione, nie pasowało do jej charakteru i sposobu bycia. Opisywał żonę jako „obcą, dziwaczną”, mówił, że „to nie ona”, i wyraźnie odczuwał złość z powodu obserwowanych zmian. Szczególnie drażniły go wielomówność, niesłuchanie rozmówców i tendencja do nieuzasadnionego dowcipkowania, drwienia, używania wulgaryzmów. Za najbardziej niebezpieczną spośród wszystkich zmian uznał nadmierną szczerą, która stała się bezpośrednią przyczyną pogorszenia relacji pacjentki z bliskimi i poszukiwania pomocy psychologicznej. Męża martwiła „degradacja intelektualna” chorej: zapominanie planów i treści rozmów, zaniechanie części obowiązków, a także wyciąganie osobliwych wniosków ze zdarzeń – najprawdopodobniej o cechach konkretyzacji i wybiórczego interpretowania wypowiedzi, pozbawionego kontekstu sytuacyjnego. Z kolei badana skarżyła się

na „głębokie zaburzenia pamięci”: wyraźny spadek możliwości dokładnego zapamiętywania wydarzeń, a przede wszystkim rozkładu kart do brydża. Mimo codziennego planowania zadań o wielu z nich zapomniała, a część porzucała. Ponadto opisywała spadek napędu, spowolnienie myślenia i działania. Zauważała też pozytywne zmiany, które budziły w niej entuzjazm i którymi była oczarowana. Sprawiała wrażenie, jakby odkryła coś bardzo istotnego, mówiła, że „dobre relacje z ludźmi muszą być szczere, nie należy ukrywać uczuć i przemyśleń, nawet jeśli mogą być bolesne dla drugiej osoby”. Mimo konfliktów, do których doprowadziły jej komentarze dotyczące bliskich osób – ich decyzji, stylu życia, funkcjonowania w relacjach – nie była zdziwiona reakcjami adresatów. Tłumaczyła je nieprzystosowanymi cechami ich charakteru, drobnomieszczańską moralnością, dziecinną nietolerancją krytyki, budowaniem powierzchownych stosunków z ludźmi. Zapewniała, że zamierza być bardziej asertywna, lepiej walczyć o swoje interesy, troszczyć się o siebie, na bieżąco zaspokajając potrzeby, które dotychczas odrzucała. Zależało jej na natychmiastowym powrocie do pracy, ale powstrzymywały ją wspomniane „głębokie zaburzenia pamięci”.

W obserwacji psychologicznej na plan pierwszy wysuwały się: wielomówność pacjentki, permanentne odbieganie od wątku rozmowy w kierunku tych samych tematów, podawanie faktów nieistotnych w danym momencie, nadmierna drobiazgowość, nieuwzględnianie pytań i potrzeb rozmówcy, duża pewność i zadowolenie z siebie. W sytuacjach trudnych pojawiały się ironizowanie i pozorny samokrytycyzm – protekcjonalne zgadzanie się z zarzutami. Do zaskakujących obserwacji należały wyjątkowo schludny, zadbany wygląd, szybkie tempo myślenia i brak zachowań niestosownych w kontekście rozmowy. Badana opisywała liczne sytuacje, przytaczała zapamiętane treści z czasopism i wydarzenia, których „nie pamiętała”, co wskazywało na dobre możliwości mnesticzne.

SPECYFIKA WYKONANEJ DIAGNOSTYKI NEUROPSYCHOLOGICZNEJ I OPISU WYBRANYCH PROCESÓW PSYCHICZNYCH W KONTEKŚCIE WYMOGÓW EGZAMINU SPECJALIZACYJNEGO

Diagnozę oparto głównie na wytycznych proponowanych przez Walsh i Darby'ego (2014) oraz Misztal i Szepietowską (2009). Korzystano także ze wskazówek Jodzina (2008, 2011), Herzyk i Daniluk (2002), Straussa i wsp. (2006). Balansując między ekonomią badania a potrzebą trafnej i szerokiej diagnozy, zdecydowano się przyjąć ujęcie aktuarialno-kliniczne. Pierwsze sesje miały charakter diagnostyczny i uwzględniały elementy terapii neuropsychologicznej w celu oszacowania zasobów koniecznych do jej rozpoczęcia.

PROBLEM KLINICZNY – PSYCHOLOGICZNY

Problem kliniczny stanowią patomechanizmy, szczególnie neuropsychologiczne, leżące u podłoża – zgłaszanych przez

pacjentkę i obserwowanych przez męża – zmian w zachowaniu, typowych reakcjach i funkcjonowaniu psychicznym. Są to przede wszystkim: wielomówność, trudności w realizowaniu celów, zapominanie o obowiązkach, wykazywanie niewielkiej troski o bieżące sprawy, brak delikatności w kontaktach interpersonalnych. Zakłócają one radzenie sobie z codziennymi problemami i nowymi wyzwaniem oraz negatywnie wpływają na relacje z bliskimi.

Podejrzewa się, że skoro problemy pojawiły się po urazie głowy, to ich źródłem są mózgowo mechanizmy regulujące procesy psychiczne i zachowanie. Wieloogniskowe uszkodzenie mózgu, będące jedną z cech urazów głowy, może skutkować wystąpieniem całej serii zaburzeń (m.in. zaburzeń procesów poznawczych i zachowania), niekoniecznie tożsamej z psychopatologią oczekiwaną na podstawie lokalizacji. Dynamika zmian w zakresie objawów jest związana z licznymi czynnikami: lokalizacją stłuczenia, wtórnymi krwotokami, obrzękiem mózgu, okresem trwania śpiączki czy amnezji pourazowej. Dlatego w fazie ostrej możemy spodziewać się głównie objawów ogólnomózgowych, np. zaburzeń uwagi, patologicznej męczliwości, zaburzeń pamięci i emocji. W miarę ustępowania początkowych objawów na plan pierwszy mogą wysunąć się objawy składające się na różne zespoły neuropsychologiczne (Pąchalska, 2007; Pąchalska *et al.*, 2017).

Wstępna diagnoza zespołu czołowego ma liczne konotacje, implikujące obecność wielu objawów lub konfiguracji objawów (Walsh i Darby, 2014), dlatego samo rozpoznanie niedużo mówi o sposobie wyrażania się symptomów u konkretnego pacjenta, ich mechanizmach psychologicznych i nasileniu, możliwościach kompensacyjnych, zasadności terapii i prognozach. Z kolei coraz częściej używany termin „zespół dysfunkcji wykonawczych” (Baddeley, 1998), obejmujący wiele cech zespołów czołowych bez pytania o konkretną patologię strukturalną, pomija istotne cechy opisywane w tych zespołach, dlatego niektórzy autorzy nie zalecają zamiennego stosowania obu terminów. Według innych funkcje wykonawcze, silnie związane z płacami czołowymi oraz współpracującymi z nimi czynnościowo ośrodkami korowymi i podkorowymi, zawierają w sobie tak wiele różnych funkcji, że obecnie trudno mówić ogólnie o dysfunkcjach wykonawczych (Jodzina, 2011; Pąchalska, 2007; Seniów i Szutkowska-Hoser, 2013; Walsh i Darby, 2014).

Biorąc pod uwagę powyższe, skupiono się na neuropsychologicznej diagnozie funkcjonalnej, a diagnozę lokalizacyjną pozostawiono niejako na drugim planie. Założono, że chora może być kwalifikowana do terapii neuropsychologicznej. W procesie diagnostycznym odnoszono się głównie do rozumienia funkcjonowania psychicznego i zachowania w ujęciu teorii bloków funkcjonalnych Aleksandra Łurii (1976), którą uznano za najbardziej użyteczną. Zakładano, że szczególnej uwagi będzie wymagała diagnoza celowej czynności psychicznej i działań. Uwzględniono kontekst sytuacyjny (diagnoza ekologiczna) i dynamikę objawów. W celu szerszej oceny zachowania, budowania

relacji interpersonalnych, poczucia zmian osobowościowych i krytycyzmu uzupełniono diagnozę *stricte* neuropsychologiczną o ogólne badanie osobowości, a także ocenę spójności opinii pacjentki i jej męża na temat aktualnego zachowania i problemów chorej.

CEL, PYTANIA BADAWCZE I HIPOTEZY

Odnosząc się do zaleceń dotyczących celów diagnozy neuropsychologicznej (Pąchalska, 2007), zasadniczym celem uczyniono charakterystykę funkcji wykonawczych, motywacyjnych i zachowania. Dodatkowo założono, że dysfunkcje wykonawcze mogą prowadzić do zaburzeń poznawczych i emocjonalnych.

Postawiono następujące pytania badawcze:

1. Czy zmiany w funkcjonowaniu psychicznym i zachowaniu chorej są związane z dysfunkcją mózgu?
 2. Czy w obrazie klinicznym na plan pierwszy wysuwają się dysfunkcje wykonawcze?
 3. Jakie są charakter i głębokość zaburzeń funkcji wykonawczych?
 4. Czy pacjentka jest krytyczna wobec zaburzeń psychicznych i zmian w zachowaniu?
 5. Czy pacjentka zauważa zmiany w zakresie cech swojej osobowości?
 6. Czy zasoby pacjentki pozwalają na poprawę funkcjonowania mimo dysfunkcji psychicznych?
 7. Czy charakter i nasilenie zaburzeń wykonawczych oraz zasoby pacjentki uzasadniają podjęcie terapii neuropsychologicznej?
 8. Jakie są prognozy dotyczące dalszej dynamiki objawów?
- Sformułowano też następujące hipotezy badawcze:

- H1: Zmiany w funkcjonowaniu psychicznym i zachowaniu chorej są związane z uszkodzeniem mózgu.
H2: Ogólnie zaburzenia funkcji wykonawczych są umiarkowanie nasilone.
H3: Pacjentka jest bezkrytyczna wobec większości objawów klinicznych.
H4: Pacjentka zauważa niektóre zmiany osobowościowe po urazie czaszkowo-mózgowym.
H5: Pacjentka ma zasoby, które mogą pomóc jej w radzeniu sobie z aktualnymi objawami.
H6: Charakter i nasilenie zaburzeń oraz zasoby pacjentki uzasadniają podjęcie terapii neuropsychologicznej.
H7: Można spodziewać się dalszego wycofywania symptomów neuropsychologicznych.

METODY BADAWCZE

W celu zweryfikowania hipotez wykorzystano dane z wywiadu klinicznego i obserwacji psychologicznej oraz techniki psychometryczne. Oprócz narzędzi znormalizowanych w polskich warunkach używano także testów, które nie mają polskiej adaptacji lub/i normalizacji, ale z powodzeniem funkcjonują w praktyce klinicznej. Narzędzia i metody zestawiono poniżej.

Badanie przesiewowe

W ramach badania przesiewowego wykorzystano:

- Addenbrooke's Cognitive Examination (ACE III) (Hodges, 2013);
- Test Rysowania Zegara (TRZ) (Krzymiński, 1995);
- wybrane próby z „Zeszytów Łuckiego”: Metafory, Przystawia, Przeciwności, Klasyfikacje, Pamięć.

Funkcje wykonawcze

Badanie funkcji wykonawczych wyłącznie za pomocą narzędzi testowych może spowodować, że ewidentne deficyty nie zostaną uchwycone. Pacjenci zdecydowanie gorzej radzą sobie w rzeczywistych sytuacjach życiowych typu otwartego, gdy nie istnieje wiele ograniczeń (Walsh i Darby, 2014). Dlatego aby zebrać jak najwięcej informacji, zastosowano testy neuropsychologiczne i próby eksperymentalno-kliniczne wymienione poniżej.

Testy psychologiczne wystandaryzowane i mające polskie normy:

- Test Sortowania Kart z Wisconsin (Wisconsin Card Sorting Test, WCST) (Jaworowska, 2002);
- Test Płynności Figuralnej Ruffa (Ruff Figural Fluency Test, RFFT) (Łojek i Stańczak, 2005).

Testy niemające polskiej normalizacji:

- Frontal Assessment Battery (FAB) (Dubois *et al.*, 2000; Slachevsky *et al.*, 2004);
- Stroop Test – Victoria version (Strauss *et al.*, 2006);
- testy fluencji słownej: fonemicznej (K, S, F) i semantycznej (zwierzęta, warzywa, narzędzia) (Piskunowicz *et al.*, 2013; Szepietowska i Gawda, 2011; Tombaugh *et al.*, 1999).

Powszechnie funkcjonujące oraz autorskie próby kliniczne i zadania:

- wybrane zadania testu Porządkowanie obrazków ze Skali Inteligencji D. Wechslera dla Dorosłych [Wechsler Adult Intelligence Scale-Revised, WAIS-R(PL)] (Brzeziński *et al.*, 2011);
- WCST z dodatkową pomocą – WCST to na tyle specyficzne narzędzie, że badając nim kolejny raz daną osobę, mierzymy coś innego niż za pierwszym razem, w związku z czym nadano mu miano „testu do jednorazowego użytku” (Jodzio, 2011). Dlatego pozwolono sobie na wykorzystanie zadań z WCST w następujący sposób: pacjentka została poinstruowana, by po każdej próbie nie wykonywała kolejnej, tylko czekała na reakcję badającej, a potem zwerbalizowała wnioski i prawidłową reakcję i dopiero w następnym etapie wykonywała odpowiedni ruch;
- wysyłanie SMS-ów lub e-maili w określonym dniu lub po wykonaniu zadania, zwrot niewielkiego długu;
- wykonanie zadań, które pacjentka zgodnie ze swoimi deklaracjami chciała wykonać (np. plan zmian na stronie internetowej, segregowanie zdjęć według ustalonych kryteriów, ćwiczenia funkcji poznawczych, niektóre niedawno porzucone obowiązki domowe);

- swobodne wyznaczanie celów i planu realizacji *vs* przygotowanie opisu celów z uwzględnieniem przeszkód, zasobów i pomysłów na realizację według narzuconej instrukcji;
- swobodne *vs* z pomocą rozwiązywanie złożonych treściowo zadań algebraicznych;
- kontrola toku wypowiedzi z pomocą zewnętrzną (werbalną, słuchową, wzrokową, mimiczną).

Samoświadomość objawów, poczucie zmiany osobowości

W celu oceny samoświadomości objawów zastosowano:

- Inwentarz Osobowości NEO-PI-R (Siuta, 2006) – przy okazji omawiania wyników uzupełniony komentarzem pacjentki na temat cech i zachowań, które ocenia ona jako nowe;
- Kwestionariusz Oceny Dysfunkcji Wykonawczej (Dys-executive Questionnaire, DEX), element Behavioralnego Testu do Badania Zespołu Dysfunkcji Wykonawczej (Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome, BADS) – narzędzie to jest czułe w zakresie wykrywania zaburzeń wykonawczych i oceny samoświadomości badanego oraz ma wartość ekologiczną. Początkowo było wykorzystywane głównie do diagnozy pacjentów z patologią płatów czołowych, ale zakres stosowania poszerzono ze względu na częste występowanie dysfunkcji wykonawczych w innych grupach klinicznych. W badaniu wykorzystano dwie wersje: DEX-Self (DEX-S) i DEX-Other (DEX-O). W wersji Self osoba badana jest proszona o samoocenę nasilenia trudności w wykonywaniu działań angażujących funkcje wykonawcze, natomiast w wersji DEX-O opisu dokonuje osoba bliska mająca częsty kontakt z badanym lub klinicysta. Informację o poziomie wglądu w trudności wykonawcze można uzyskać przez zestawienie samoopisu i danych z metod obiektywnie oceniających dysfunkcje wykonawcze (testy, obserwacja zachowania i/lub ocena dokonana przez bliskich – indeks wglądu). Każda wersja składa się z 20 pytań, odnoszących się do codziennych trudności związanych z deficytami funkcji wykonawczych. Badany wskazuje odpowiedź na skali Likerta – od 0 (nigdy) do 4 (bardzo często). Wyniki mieszczą się w granicach 0–80 pkt; im wyższy wynik, tym silniejsze przekonanie o deficytach wykonawczych. Oprócz oceny świadomości deficytów narzędzie zastosowano z myślą o przyszłej diagnozie porównawczej (Roessler-Górecka *et al.*, 2013; Szepietowska i Kuzaka, 2019; Szepietowska *et al.*, 2015).

OPIS WYNIKÓW BADAŃ

Badanie przesiewowe

Wyniki badań przesiewowych – TRZ (według Sunderlanda): 10 pkt, ACE III: 95 pkt, prawidłowo wykonane próby z „Zeszytów Łuckiego” – nie wskazują na istotne

nieprawidłowości i nie uzasadniają dalszego badania pamięci *sensu stricto*, ale w związku z tak sformułowanym przez chorą problemem stały się punktem wyjścia do poszukiwania innych przyczyn „zapominania”. Ważne informacje wniosła obserwacja zachowania i wypowiedzi pacjentki podczas badania. Wskazują one na: trudności z samodzielnym podtrzymywaniem celu działania, obniżony krytycyzm, szczególnie w zakresie wychwytywania nieadekwatności niektórych zachowań, nadmierne ekspozowanie kompetencji i osiągnięć, lepkość myślenia, brak potrzeby uzyskiwania aprobaty. Mimo uszkodzenia struktur istotnych dla funkcji językowych i wzrokowych (m.in. stłuczenie krwotoczne płatów czołowych i lewego płata skroniowego, krwawk nadwardówkowy okolicy potylicznej) nie wykazano afazji ani agnozji wzrokowej.

Funkcje wykonawcze

W WCST badana uzyskała następujące wyniki: liczba błędów ogółem – 39. centyl, odpowiedzi perseweracyjne – 63. centyl, błędy perseweracyjne – 63. centyl, procent błędów perseweracyjnych – 66. centyl, błędy nieperseweracyjne – 10. centyl, liczba zaliczonych kategorii – >16. centyla, uczenie się uczenia – >16. centyla. Pacjentka szybko i poprawnie opisała wszystkie kategorie dopasowywania, po czym zaczęła popełniać błędy. Pojawiały się specyficzne perseweracje, nieuwzględniane w ocenie WCST: kładzenie karty w to samo miejsce, często bez jakiegokolwiek kryterium. Mimo wrażenia bezmyślności takich działań badana starała się udowodnić, że ma jakąś koncepcję, i potrafiła ją racjonalnie uzasadnić chęcią wprowadzenia własnej strategii: nie odnajdzie zasad, ale z pewnym stałym prawdopodobieństwem będzie prawidłowo reagować. Mimo że większość wskaźników WCST ocenianych w analizie ilościowej sytuuje się w dolnej granicy normy, analiza jakościowa sposobu wykonania zadań potwierdza znaczne ograniczenia w korzystaniu z informacji zwrotnych, deficyty regulacyjnej funkcji mowy (kierującej zachowaniem), sztywność myślenia (utrzymującą się uporczywie mimo detekcji ewidentnych błędów) oraz deficyty w uczeniu się. Zaobserwowano szybką utratę cierpliwości i narastające napięcie emocjonalne, co mogło dodatkowo negatywnie wpływać na elastyczność myślenia i odbiór informacji zwrotnych. Po zakończeniu zadania pacjentka była zirytowana i rozczarowana osiągniętym poziomem, nie umiała wyjaśnić, dlaczego nie uzyskała lepszych wyników. Ten zwiastun samokrytycyzmu wraz z adekwatnymi reakcjami emocjonalnymi chorej skłonił badającą do wprowadzenia modyfikacji w instrukcji testu (patrz niżej).

Wyniki RFFT prezentowały się następująco: połączenia unikalne ogółem – 80. centyl, współczynnik błędów ogółem – >16. centyla. Uwagę zwraca wynik mieszczący się w granicach normy mimo braku stosowania strategii enumeracyjnych czy rotacyjnych. Sposób wykonania wskazuje na niską efektywność planowania, która przynajmniej częściowo może wynikać z niemożności efektywnego

przełożenia wiedzy na zachowanie (badana opisywała, jakich strategii można użyć), a stosunkowo dobry rezultat prawdopodobnie wiąże się z dość dużymi możliwościami zapamiętywania wykonanych wzorów i utrzymywania ich przez krótki czas w pamięci. Z kolei reakcje emocjonalne i wypowiedzi sygnalizują zachowanie pewnego stopnia krytycyzmu: pacjentka była zdziwiona ostatecznym rezultatem. Zadania okazały się dla chorej bardziej wyczerpujące od zadań werbalno-słuchowych, ale równocześnie angażujące – badana wykonała test do końca bez komentowania.

W analizie wykonania FAB skupiono się na ocenie jakościowej, a w interpretacji ilościowej odniesiono się do badań z granicznych. Wynik 13 pkt można uznać za graniczny, ale charakter popełnianych błędów wskazuje na słabe możliwości hamowania działania i narzucającej się reakcji (tu: motorycznej i werbalnej) oraz częściowo zachowane możliwości detekcji błędów i krytycyzm.

Wyniki testu Stroopa sygnalizują wysoką podatność na interferencję i osłabione możliwości hamowania narzucającej się reakcji. Warto jednak docenić, że pacjentka wielokrotnie zauważała i spontanicznie korygowała błędy (liczba błędów: 3.–4. centyl), a także powstrzymywała pierwszą reakcję. Wymagało to wysiłku, co znalazło odzwierciedlenie w znacznie wydłużonym czasie wykonania ostatniej próby (55 sekund, 4 SS*).

Testy fluencji słownej wykazały, że w większości kategorii fonemicznych (K: 18, S: 16, F: 12) i semantycznych (zwierzęta: 25, warzywa: 17, narzędzia: 12) poziom fluencji jest adekwatny do wieku i wykształcenia badanej. Sposób wykonywania zadania wskazuje na dość szeroki zasób słów, brak persewencji i korzystanie ze strategii poznawczych, ale zarazem na niski poziom wytrwałości, podtrzymania nastawienia – za każdym razem nad celem zadania zwyciężała chęć nieuzasadnionego mówienia na swój temat.

Wyniki testu Porządkowanie obrazków z WAIS-R(PL) wskazują na wyraźne zaburzenia myślenia przyczynowo-skutkowego i detekcji błędów, deficyty postawy abstrakcyjnej, tendencje do impulsywności poznawczej, brak zainteresowania oceną efektywności działań, obniżony poziom krytycyzmu i podatność na uleganie skojarzeniom. Pacjentka pracowała bardzo szybko, nie poświęcając nawet chwili na analizę obrazów czy ocenę trafności własnej interpretacji historyjek. Nie uwzględniała celu, stanu początkowego ani związków logicznych w pewien sposób narzucanych przez rysunki. Pojawiały się przerwy spowodowane skojarzeniami obrazków z osobistymi doświadczeniami.

Wynik WCST z dodatkową pomocą sugeruje częściowo zachowane możliwości korzystania z regulacyjnej funkcji języka i odraczania narzucających się reakcji dzięki zewnętrznym wskazówkom. Rezultaty prób klinicznych (patrz: opis narzędzi) wskazują na zachowaną pamięć prospektywną i przynajmniej niewielką troskę o opinię innych. Jakość wykonania najczęściej była niska,

pacjentka realizowała zadania pobieżnie, częściowo. Badana ma trudności z planowaniem, podtrzymywaniem nastawienia, wyodrębnianiem elementów istotnych, dzieleniem celu głównego na cele szczegółowe i etapowe, a następnie z pilnowaniem kolejności działań, przewidywaniem potencjalnych zdarzeń i uwzględnianiem wielu aspektów złożonego zadania. Regulacyjna funkcja języka nie działa skutecznie, ale z pomocą zewnętrzną chora może przynajmniej częściowo kontrolować poprawność operacji umysłowych dzięki głośnemu czy wewnętrznemu nazywaniu, opisywaniu czynności, a także jasnemu formułowaniu celów. Zewnętrzna pomoc jest w pewnym stopniu efektywna, co prawdopodobnie można wykorzystać w toku terapii.

W celu oceny możliwości kierowania tokiem wypowiedzi wprowadzono różnorodne wskazówki. Najskuteczniejsze okazały się wskazówki wzrokowe, polegające na układaniu przed pacjentką karteczek, oraz mimiczne, oparte na okazywaniu zdziwienia, kiedy wypowiedź zbaczała na niewłaściwe tory. Z kolei interwencje werbalne prowokowały do dyskusji, uzasadniania własnego zachowania. Uzyskane rezultaty sugerują, że zewnętrzne wskazówki pozytywnie wpływają na uczenie się i mogą być bardzo pomocne.

Wyniki NEO-PI-R omawiano z pacjentką w kategoriach stałych vs nowych cech osobowości. Według badanej poziom niektórych składników uwzględnionych w podskalach Ugodowość i Sumienność obniżył się w ostatnich miesiącach. Przede wszystkim pojawiła się chęć większego ekspozowania pozytywnych cech, osiągnięć, umiejętności. Wcześniej chora była ich świadoma i miała dzięki nim pozytywną samoocenę, ale obecnie odczuwa potrzebę, by jasno o nich informować. Spójna z powyższym jest chęć stawiania na swoim i zachowania większego poczucia niezależności od opinii. Wymienione zmiany dyskretnie odzwierciedlają się w wynikach podskal Ustępność (4. sten) i Skromność (2. sten). Obniżonego wyniku w podskali Samodyscyplina (4. sten) badana nie traktuje jako zmiany zgodnej z własnym ego – uważa to za wyraz ogólnego stanu psychofizycznego związanego z chorobą. W trakcie wypełniania kwestionariusza pacjentka była skupiona, pracowała bez zbędnych komentarzy. Może to sugerować mniejszą tendencję do dygresji i porzucania zadania, gdy ma ono charakter wzrokowo-językowy, niż gdy ma charakter werbalno-słuchowy.

Wyniki DEX wskazują na różnice w ocenach pacjentki i jej męża (DEX-S – DEX-O = –22 pkt) i sugerują niedosyt krytycyzmu, przynajmniej w odniesieniu do niektórych dysfunkcji wykonawczych czy ich przejawów w codziennym życiu. Największe rozbieżności między samoopisem chorej a opinią męża dotyczyły problemów z planowaniem, braku wglądu i świadomości społecznej oraz rozdźwięku między wiedzą a działaniem. Powyższe wyniki traktowano z dużą ostrożnością – ze względu na wątpliwości co do możliwości dokonania rzetelnej i trafnej oceny problemów pacjentki przez męża – ale stanowiły one punkt wyjścia do dalszych samoobserwacji.

* SS – *scaled scores*, wyniki skalowane; skala od 2 do 18 SS, wyniki średnie odpowiadają 10 SS (Strauss *et al.*, 2006).

WERYFIKACJA HIPOTEZ

Do hipotez H1–H4 odniesiono się poniżej, do kolejnych zaś – w częściach opracowania dotyczących terapii, prognozy i zasobów pacjentki.

Hipotezy potwierdzone

Zmiany w funkcjonowaniu psychicznym i zachowaniu chorej są związane z uszkodzeniem tkanki mózgowej (H1). Informacje dotyczące dzieciństwa, rozwoju, dorosłości i stanu zdrowia przed urazem czaszkowo-mózgowym nie tłumaczą aktualnych problemów pacjentki. Pojawiły się one bezpośrednio po urazie. W miarę stabilizacji objawów początkowych uwidaczniają się objawy niemalże patognomiczne dla lezji czołowych. Ponadto obecna sytuacja chorej ani jej nastawienie do przyszłości nie uzasadniają założenia, że objawy mają charakter zaburzeń reaktywnych. Na podstawie wyników badań uznano, iż w obrazie klinicznym dominują deficyty wykonawcze, które negatywnie kształtują sprawność w innych domenach poznania i zachowania. Uwzględniając wyniki badań psychologicznych, konstatację, frekwencję i sposoby ujawniania zaburzeń wykonawczych w codziennym funkcjonowaniu oraz ich destruktywny wpływ na życie chorej, uznano, że mają one umiarkowane nasilenie (H2). Zaburzają wiele aktywności, znacząco utrudniają realizację celów i codzienne działania, ale nie dotyczy to wszystkich obszarów życia. Ważne jest także to, że niewielka pomoc zewnętrzna pozytywnie wpływa na możliwości pacjentki. Nie neguje się subiektywnego poczucia spadku zdolności poznawczych, również mnestycznych, ale w badaniu nie potwierdzono na tyle istotnych dysfunkcji poznawczych, by mogły one wyjaśniać problemy chorej. Prawdopodobne jest, że zgłaszane dolegliwości pamięciowe nie mają charakteru deficytów pierwotnych. Szczegółowe efekty podjętej próby eksploracji symptomatyki dysfunkcji wykonawczych zawierają się w opisie wyników badań. Kluczowe problemy pacjentki to:

- zaburzenia opracowywania planów – niewielkie trudności z formułowaniem celu (bez dalszych etapów działania lub/i operacji mentalnych), braki w planowaniu z uwzględnieniem priorytetów, celów pośrednich i szczegółowych, kolejności działań, przewidywania możliwości i konsekwencji;
- osłabienie zdolności stosowania strategii poznawczych – sztywność poznawcza, przynajmniej częściowo niezależna od detekcji błędów;
- zaburzenia postawy abstrakcyjnej – trudności z wychodzeniem poza jednostkowe czynniki, zrównanie złożonego celu z prostym działaniem, fragmentaryczne traktowanie złożonych sytuacji z pomijaniem znaczenia całości, a zarazem niepowodzenia w dzieleniu całości na części oraz myśleniu i działaniu w sposób symboliczny;
- zaburzenia regulacyjnej funkcji mowy, głównie wewnętrznej – niedostatek kierowania zachowaniem za pomocą języka i dysocjacja między wiedzą a zachowaniem;

- obniżone możliwości detekcji i korygowania błędów oraz adekwatnej oceny efektu wykonywanej czynności;
- osłabienie hamowania automatycznie narzucających się reakcji i wypowiedzi, przyjmujących formę monologu skupionego wokół powtarzających się tematów.

Wymienione objawy mogą prawdopodobnie wzmacniać się wzajemnie. Na obecnym etapie przypuszcza się, że największy wniośłoby pogłębienie analizy różnych aspektów regulacyjnej funkcji języka, ponieważ mimo wyraźnych zaburzeń próby kliniczne wskazują na wyraźną poprawę zdolności wykonawczych, gdy funkcja ta zostaje niejako wzmocniona z zewnątrz.

Hipotezy częściowo potwierdzone

Spontaniczne wypowiedzi na temat problemów, częstotliwość i sposób zauważania własnych trudności w toku badania, wyniki liczbowe i analiza jakościowa DEX wskazują na zaburzony, ale nie zniesiony krytycyzm (H3). Samoświadomość objawów jest zmienna i pojawia się głównie w stosunku do codziennych problemów – przyjmuje formę skarg na konkretne niewykonane czynności i popełnione błędy. Rzadziej obejmuje dysfunkcje wykonawcze ujawniane w trakcie badania. Pytania lub bezpośrednie zdefiniowanie obserwowanych trudności przekładają się na zwiększenie świadomości objawów. Ponadto już w początkowym okresie diagnozy stwierdzono wzrost zdolności pacjentki do refleksji nad własnym zachowaniem i jego wpływem na bliskich. Opisywane przez chorą zmiany niektórych cech osobowości (H4) to zasadniczo składowe ugodowości rozumianej zgodnie z teorią Wielkiej Piątki. Przez bliskich są one odbierane jako obce, niespójne z przedchorobową osobowością badanej, a przez nią samą – jako nowe, egosyntoniczne, pozytywne, ciekawe. Nie są to cechy, które można tłumaczyć wyłącznie deficytami kontroli zachowania i funkcji wykonawczych, nie mają charakteru zaburzeń klinicznych. Nie wyklucza się zmian osobowości po urazie mózgu, ale stale obserwowana dynamika objawów i wzrost poziomu krytycyzmu na obecnym etapie choroby nie pozwalają na traktowanie ww. zmian jako trwałych cech osobowości. Konieczna jest dalsza obserwacja.

WSKAZANIE PSYCHOLOGICZNYCH MECHANIZMÓW ZABURZEŃ WEDŁUG TEORII PSYCHOLOGICZNYCH

Różnorodne definicje funkcji wykonawczych najczęściej wypuklają ich nadzorczą rolę w hierarchii przetwarzania mózgowego oraz specyficznie ludzki i wyjątkowy charakter (najwyższy poziom poznania dostępny człowiekowi). Niektórzy podkreślają, że funkcje wykonawcze są wykorzystywane nie tyle w sytuacjach rutynowych, ile w sytuacjach nieznanymi jednostce, złożonych, wymagających zmodyfikowania działania, włączenia nowych strategii i ciągłego sprawdzania efektywności (Jodzio, 2008; Łuria, 1976; Strauss *et al.*, 2006; Walsh i Darby, 2014). Jest to zgodne

z obserwacją dotyczącą badanej, u której nie stwierdzano większych problemów z wykonywaniem codziennych, dobrze wyuczonych czynności, problemem były natomiast samodzielne określenie planu adekwatnego do aktualnych możliwości i sytuacji, wyznaczenie priorytetów, uwzględnienie czynnika czasowego i podjęcie decyzji.

Rozumienie objawów psychopatologicznych w ujęciu teorii bloków funkcjonalnych

W czasie obejmującym diagnozę obserwowano tendencję do wycofywania się zaburzeń poznawczych, zaburzeń emocji i zachowania, a zarazem – do coraz wyraźniejszego organizowania się symptomów dysfunkcji wykonawczych, dotyczących głównie sfery intelektualnej, co wskazuje, że płaty czołowe nie spełniają należycie funkcji nadzorczej. Zgodnie z teorią Łurii (1976) funkcja przedczołowych części mózgu w syntezie całego systemu bodźców i opracowywaniu planów działania przejawia się w stosunku do aktualnie działających bodźców, a także w kształtowaniu aktywnego, ukierunkowanego na przyszłość zachowania. Dlatego najbardziej widocznymi objawami uszkodzeń płatów czołowych są zaburzenia celowego, zorganizowanego zachowania, włącznie z zaburzeniami inicjatywy, zmniejszeniem zainteresowań, uleganiem ze wewnętrznym impulsom (Kaczmarek, 1993). Nie wszystkie wymienione cechy widać u badanej: inicjatywa i cel często są obecne, natomiast niedostatki ujawniają się w obszarze procesów psychicznych i etapów koniecznych do realizacji celu. Zakres zaburzeń sugeruje dysfunkcje w obrębie dwóch – względnie niezależnych czynnościowo i strukturalnie – układów funkcjonalnych. Pierwszy, odpowiedzialny za kształtowanie programu czynności, jest zaburzony mniej, drugi zaś, odpowiedzialny za realizację programu, czyli kontrolę wykonania – bardziej (Łuria, 1976).

U chorych z uszkodzeniem w obrębie płatów czołowych zaburzeniu ulegają czynności wchodzące w skład aktu intelektualnego, od najprostszych do złożonych form myślenia. Także u prezentowanej pacjentki obserwuje się trudności w zasadzie niezależne od poziomu i formy myślenia. Pojawiają się zgadywanie, fragmentaryczne oceny, nieuwzględnianie celu zadania. Widać również niedostatki dotyczące – jak nazywał to Łuria – najbardziej złożonej formy „akceptora działania” związanego z płatami czołowymi: niepełne, niesystematyczne dostrzeganie własnych błędów, niewystarczające porównywanie oczekiwań z wynikami i uzyskanego efektu z celem zasadniczym. Rezultatem jest ograniczenie szans na pojawienie się wątpliwości co do trafności oceny. To z kolei zmniejsza prawdopodobieństwo korygowania błędów i przekłada się na pogorszenie kontroli działań.

Zdaniem Łurii w stanach patologicznych kory czołowej najgłębszym zaburzeniom ulegają mechanizmy świadomej działalności zapośredniczonej przez funkcje językowe – regulacyjna funkcja mowy. Obserwuje się też dysocjację między deklaracjami a działaniem. Powyższe trudności są bardzo wyraźne przy uszkodzeniach półkuli dominującej i często towarzyszy im bezwładność procesów językowych

(Kaczmarek, 1993). U opisywanej pacjentki jest to uchwytnie zwłaszcza w zadaniach, w których regulacyjna funkcja mowy ma charakter wewnętrzny, oraz w wypowiedziach dowolnych, nieograniczonych przez badającą. Niekiedy zaburzenia przyjmowały postać rozbieżności między autoinstrukcją, treściami zwerbalizowanymi a zachowaniem. Z kolei intencjonalne, kontrolowane przez badającą wykorzystanie regulacyjnej funkcji mowy przynosiło pozytywne efekty.

Twierdzenie Łurii (1976) o nadbudowaniu kory czołowej nad innymi strukturami mózgu daje sposobność do stawiania hipotez na temat symptomów wcześniej obserwowanych u badanej. Można podejrzewać, że początkowe objawy były wyrazem nie tylko ogólnomózgowych zaburzeń pourazowych, ale także zaburzeń specyficznych dla uszkodzeń czołowych. W koncepcji Łurii złożone procesy psychiczne nie istnieją w gotowej postaci i nie można wskazać konkretnych struktur odpowiedzialnych wyłącznie za ich prawidłową realizację. Każdy proces cechuje się jednak pewną organizacją, która zawiera wiele ogniw i angażuje wszystkie piętra ośrodkowego układu nerwowego (OUN) – bloki funkcjonalne. Dlatego, mimo uwzględniania wybranych struktur jako szczególnie istotnych dla realizacji określonego procesu, funkcje psychiczne są traktowane jako systemy funkcjonalne, a nie ograniczone do danej lokalizacji. Ponadto elementy i sposoby realizacji procesów psychicznych mogą ulegać modyfikacji w zależności od czynników rozwojowych, automatyzacji i urazów OUN (zasada dynamicznej lokalizacji) (Szepietowska, 2018). U prezentowanej pacjentki mogło to przejawiać się deficytami, które w pierwszej kolejności przypisywane są układowi energetycznemu (blok I) – odpowiedzialnemu za regulację tonusu kory mózgowej i zapewnienie optymalnego stanu czuwania, niezbędnego do świadomego funkcjonowania (np. początkowa adynamia, zubożenie aktywności motorycznej). Z kolei problemy z pamięcią czy uczeniem się najczęściej powiązane są z dysfunkcjami bloku informacyjnego (blok II), którego zasadnicze funkcje to odbiór i synteza wrażeń, integrowanie bodźców różnych analizatorów, przyjmowanie, przetwarzanie i przechowywanie informacji. Uważa się, że są to trudności spowodowane zakłóceniami w dwustronnej relacji między korą przedczołową, najważniejszym obszarem układu programującego, regulującego i kontrolującego złożone zachowania (blok III), a strukturami układu siatkowatego i tylnymi obszarami kory mózgowej. Zaburzenia napędu, motywacji, uwagi i pamięci można zatem traktować jako zakłócenia współdziałania wszystkich trzech bloków funkcjonalnych, w początkowym okresie najbardziej wysyczone dysfunkcjami bloku I, a następnie – bloku III. Mimo że rola uszkodzeń powierzchni grzbietowo-bocznej kory przedczołowej w powstawaniu zaburzeń wykonawczych ma silne podstawy empiryczne, należy pamiętać, iż podobne zaburzenia mogą się pojawiać w inaczej zlokalizowanych zmianach, zwłaszcza jeśli obejmują one struktury podkorowe (Jodzio, 2011).

Systematyka objawów zespołów czołowych koresponduje z powszechnie przyjmowanym w psychologii rozróżnieniem na poznawcze, motywacyjne i emocjonalne aspekty

zachowania (Alvarez i Emory, 2006), co sprawia wrażenie jednoznaczności, ale w pracy z chorymi raczej nie spotyka się „czystych” zespołów, tylko pewne konfiguracje wszystkich grup zmian. W opisanym przypadku w zależności od etapu choroby/zdrowienia uwidaczniają się różne cechy i różne konstelacje cech. Początkowo dominowały adynamia, zahamowanie, zubożenie emocjonalne, następnie zubożeniu uległy społeczne, emocjonalne i osobowościowe dyspozycje chorej. Obecnie, czyli w końcowej fazie diagnostyki, wycofują się zmiany dynamiczno-kontrolująco-realizacyjne, czyli zespół z dominującymi zaburzeniami kontroli, a dominują zmiany poznawcze, w pierwszej kolejności obejmujące aspekt motywacyjno-pojęciowo-planistyczny, czyli zespół z dominującymi zaburzeniami planowania (Jodzio, 2011), upośledzeniem integracji zachowania w czasie, osłabieniem pamięci świeżej, utratą zdolności uwzględniania prawdopodobnych konsekwencji własnych czynów oraz deficytami myślenia w kategoriach abstrakcyjnych (Walsh i Darby, 2014).

Podsumowując: obserwowane u badanej zaburzenia funkcji wykonawczych, choć inaczej nazwane przez Łurię, są wyrazem zaburzeń działania bloku programującego, regulującego i kontrolującego złożone formy psychiki.

ZASOBY PACJENTA ORAZ W JEGO NAJBLIŻSZYM OTOCZENIU. PROGNOZY

Potwierdzono H5 i przyjęto, że chora ma zasoby, które mogą jej pomóc w radzeniu sobie z aktualnymi objawami. Do najistotniejszych zasobów zaliczono: zachowane funkcje poznawcze, przede wszystkim pamięciowe i językowe, spory zasób wszechstronnej wiedzy, zdolność myślenia abstrakcyjnego (w odróżnieniu od przyjmowania postawy abstrakcyjnej). Badania wskazały na częściowo zachowane możliwości uczenia się oraz efektywnego korzystania z sugestii czy informacji zwrotnych. Rosnący poziom krytycyzmu i samoświadomości objawów psychopatologicznych (a nie tylko ich wymiernych skutków w codziennym funkcjonowaniu) także można uznać za zasób. Dość dużą potrzebę bycia kontrolowaną przez innych można traktować jako cechę patologiczną, ale w obecnej sytuacji pozwala ona zapanować nad chaosem, który wkraść się w życie pacjentki; prawdopodobnie niedługo tak wysoki poziom zależności od otoczenia przestanie być zasobem. Dominujący wyrównany nastrój, stabilność emocjonalna, optymizm, zachowane poczucie humoru, istotne życiowe cele i pasje to kolejne mocne strony. Do pozytywnych czynników natury somatycznej zaliczono dobry ogólny stan zdrowia i sprawności fizycznej, regularne ćwiczenia aerobowe, brak uzależnień. Badana ma dobrą sytuację finansową i stabilną sytuację zawodową. Mąż wspiera ją zarówno emocjonalnie, jak i instrumentalnie. Mimo ostatnich napięć są kochającym się małżeństwem. Pacjentka ma również bliską rodzinę i przyjaciół. Niektóre osoby do niedawna były oburzone jej zachowaniem, ale obecnie lepiej ją rozumieją i wspierają w powrocie do zdrowia, są z nią w stałym kontakcie.

W ocenie rokowania uwzględniono kilka najczęściej branych pod uwagę czynników prognostycznych (Pąchalska, 2007). W związku z brakiem pełnej dokumentacji medycznej nie uzyskano informacji o stanie przytomności/świadomości na początku leczenia. Wiadomo natomiast, że uszkodzenie mózgu powstało w wyniku urazu, było rozległe i powikłane skutkami wtórnymi. Okres objęty amnezją następczą trwał około 3 tygodni. Charakter i lokalizacja urazu oraz zakres zaburzeń neuropsychologicznych mogą w dłuższej perspektywie prowadzić do zaburzeń nastroju, pogorszenia relacji społecznych i trwałych zmian osobowości. Trzeba także uwzględnić potencjalne konsekwencje zaburzeń neuropsychologicznych: wycofywanie się z relacji z ludźmi, roszczeniowość, poczucie braku skuteczności i jego wpływ na samoocenę czy psychodynamiczne zaprzeczanie objawom (a nie jedynie anozognozję) (Herzyk, 2018; Pąchalska, 2009; Pąchalska *et al.*, 2017). Dodatkowo nawet łagodne zaburzenia funkcji wykonawczych mogą mieć bardzo silny wpływ na długotrwałe efekty rehabilitacji i zdrowienia (Pąchalska *et al.*, 2017).

Powyższe informacje nie napawają nadzieją. Dopiero gdy uwzględni się inne kategorie czynników prognostycznych, choćby wyżej opisane zasoby i szybką poprawę funkcjonowania, pojawia się większe uzasadnienie dla optymizmu. Potwierdzono więc H7 i przyjęto, że dzięki biochemicznym, fizjologicznym mechanizmom plastyczności mózgu czy reorganizacji funkcjonalnej można się spodziewać dalszego wycofywania symptomów neuropsychologicznych – choć nie będzie to już proces tak spektakularny jak w pierwszych miesiącach zdrowienia. Pierwsze dwa lata po urazie są traktowane jako okres krytyczny. Najczęściej właśnie wtedy następuje spontaniczna poprawa, z kolei objawy stwierdzone 2 lata po urazie rzadko ustępują (Pąchalska, 2007, 2009). Podobne podejście przyjęto w odniesieniu do zmian wybranych cech osobowości, które same w sobie nie noszą znamion patologii, ale ewidentnie pojawiły się po urazie. Obecnie jest jeszcze za wcześnie, by mówić o zmianie osobowości, nie należy jednak tego wykluczać.

Uznano, iż aktualne nasilenie i charakter zaburzeń nie pozwalają na bezpieczny powrót pacjentki do pracy – zwłaszcza że jest to praca polegająca głównie na planowaniu i analizowaniu danych, a chora zajmuje samodzielne stanowisko i nie może liczyć na pomoc innych osób. Założono także, że współpracownikom trudno byłoby zrozumieć niektóre jej zachowania oraz interpretować je inaczej niż jako wyraz nieodpowiedzialności lub złośliwości. Badana nadal deklaruje chęć budowania relacji opartych na całkowitej szczerości i bezpośredniości, co dotyczy również przełożonej i budzi spore obawy autorek.

WSKAZÓWKI DO INTERWENCJI I/LUB TERAPII PSYCHOLOGICZNEJ

W przypadku kandydatów do rehabilitacji neuropsychologicznej dokonuje się swoistej segregacji w zależności od przewidywanej możliwości poprawy. Ze względu na charakter

zmian (obejmujących typowe dla zaburzeń wykonawczych zniesienie lub ograniczenie zasobów, na których zwykle bazyje się w terapii, takich jak samoświadomość trudności i możliwości, zdolność formułowania celów czy planowania działań) terapia chorych z dysfunkcjami wykonawczymi jest prawdopodobnie najtrudniejszym wyzwaniem dla neuropsychologów. Dodatkowo wyniki badań kontrolnych i obserwacji zachowania w warunkach gabinetowych często są lepsze niż rzeczywiste możliwości wykorzystania funkcji wykonawczych w codziennych sytuacjach (Pąchalska *et al.*, 2017; Roesler-Górecka, 2019; Seniów, 2019; Szutkowska-Hoser, 2019). Mimo to w odniesieniu do opisywanej pacjentki zachowujemy umiarkowany optymizm. Widzimy ją w grupie osób, które mogą uzyskać poprawę, ale wymagają terapii. Oznacza to, że przewiduje się częściową odbudowę pierwotnego zachowania, być może związaną z ustąpieniem niespecyficznych skutków urazu czy faktycznym odzyskaniem funkcji. Decyzję o podjęciu rehabilitacji neuropsychologicznej dodatkowo uzasadnia to, że stan mózgu po urazie nie jest stanem trwałym i cechuje się plastycznością, a poważny uraz modyfikuje tempo i charakter zachodzących zmian oraz uruchamia proces naprawy (Pąchalska, 2007). Przypuszcza się, że przez określone zabiegi i ćwiczenia można inicjować, przyspieszać i wspierać proces zdrowienia opisywanej pacjentki. Najistotniejszą przesłanką są zaś przynajmniej częściowo zachowane możliwości uczenia się i krytycyzm. Stosunkowo szybka poprawa i obiecujące reakcje chorej na próby działań terapeutycznych są kolejnym argumentem przemawiającym za terapią neuropsychologiczną. W związku z powyższym przyjęto H6 i uznano, że charakter i nasilenie zaburzeń oraz zasoby pacjentki uzasadniają rozpoczęcie terapii neuropsychologicznej. Opierając się na wiedzy o mechanizmach plastyczności mózgu, na pierwszym etapie terapii warto pracować nad przywracaniem funkcji, a interwencje rozwijające możliwości kompensacyjne ograniczyć do minimum, związanego głównie z bezpieczeństwem chorej. Poprawę można uzyskać po sformułowaniu celu głównego i celów cząstkowych wspólnie z pacjentką. Jednocześnie należy wprowadzać strategie silnie związane z jej realnymi osobistymi potrzebami. Dzięki temu zyskujemy szansę na współpracę na akceptowalnym poziomie, na której można bazować w kolejnych fazach terapii (Pąchalska *et al.*, 2017). Warto rozważyć interwencje polegające na treningu rozwiązywania problemów, ukierunkowane na rozwój usystematyzowanego podejścia do wyszukiwania i stosowania odpowiednich rozwiązań, wzmacnianie efektywnego korzystania ze sterującej funkcji języka, dzielenie złożonych zadań na etapy, kształtowanie nawyku samoobserwacji i zwiększanie świadomości własnych zachowań czy sposobu prowadzenia rozmów (m.in. przez dokumentowanie: nagrania, dziennik), poprawę zdolności korzystania z różnorodnych informacji zwrotnych w celu lepszej kontroli zachowania i wypowiedzi, stałe rozwijanie umiejętności w warunkach życia codziennego (Pąchalska, 2009; Prigatano, 2009; Szutkowska-Hoser, 2019). Zaleca się, by w początkowym okresie terapeuta swoim zachowaniem nie prowokował spontanicznych wypowiedzi

i zachowań chorej, ale je ograniczał. Przykładowo nie warto zadawać pytań zachęcających do dyskusji i wyrażania osobistych opinii; lepiej zastosować system pozwalający pacjentce na samodzielne wykrywanie, że odbiega od celu zadania czy rozmowy. Najpierw można umówić się na system znaków (napisy, umowne gesty), a później, wraz ze wzrostem świadomości trudności – na obserwację reakcji mimicznych terapeuty. Konieczne są psychoedukacja męża chorej oraz wybór jednej lub dwóch osób, które będą dostarczać pacjentce informacji zwrotnych na temat jej zachowania, przekazywanych w formie opisowej, a nie oceniającej.

Konflikt interesów

Autorki nie zgłaszają żadnych finansowych ani osobistych powiązań z innymi osobami lub organizacjami, które mogłyby negatywnie wpłynąć na treść publikacji oraz rościć sobie prawo do tej publikacji.

Piśmiennictwo

- Alvarez JA, Emory E: Executive function and the frontal lobes: a meta-analytic review. *Neuropsychol Rev* 2006; 16: 17–42.
- Baddeley A: The central executive: a concept and some misconceptions. *J Int Neuropsychol Soc* 1998; 4: 523–526.
- Binder-Olibrowska K, Cholewa A, Rasmus P: Studium przypadku z psychologii klinicznej – neuropsychologii. Przykład do egzaminu państwowego. *Psychiatr Psychol Klin* 2020; 20: 142–150.
- Brzeziński J, Gaul M, Hornowska E *et al.*: Skala Inteligencji D. Wechslera dla Dorosłych – wersja zrewidowana – renormalizacja WAIS-R (PL). Podręcznik. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2011.
- Dubois B, Slachevsky A, Litvan I *et al.*: The FAB: a Frontal Assessment Battery at bedside. *Neurology* 2000; 55: 1621–1626.
- Herzyk A: Rehabilitacja neuropsychologiczna w narracji wielogłosowej/polifonicznej z preludium, motywem wiodącym, rozwinięciem tematu i kodą. In: Szepietowska EM, Daniluk B (eds.): Rehabilitacja neuropsychologiczna – ujęcie holistyczne. Wydawnictwo UMCS, Lublin 2018: 29–47.
- Herzyk A, Daniluk B (eds.): Jakościowy opis w neuropsychologii klinicznej. Przekrój zagadnień. Wydawnictwo UMCS, Lublin 2002.
- Hodges J: Addenbrooke's Cognitive Examination – ACE III, 2013. Available from: <https://www.sydney.edu.au/brain-mind/resources-for-clinicians/dementia-test.html>.
- Jaworowska A: Test Sortowania Kart z Wisconsin WCST Roberta K. Heaton, Gordona J. Chelune'a, Jacka T. Talleya, Gary'ego G. Kaya, Glena Curtissa. Podręcznik. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2002.
- Jodzio K: Diagnostyka neuropsychologiczna w praktyce klinicznej. Difin, Warszawa 2011.
- Jodzio K: Neuropsychologia intencjonalnego działania. Koncepcje funkcji wykonawczych. Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2008.
- Kaczmarek BLJ: Płaty czołowe a język i zachowanie człowieka. Wydawnictwo Popularnonaukowe Linea, Lublin 1993.
- Krzyżniński S: Test rysowania zegara. *Post Psych Neurol* 1995; 4 (Supl. 1): 21–30.
- Łojek E, Stańczak J: RFFT. Test Płynności Figuralnej Ruffa. Polska standaryzacja i normalizacja. Podręcznik. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2005.
- Luria AR: Podstawy neuropsychologii. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1976.
- Misztal H, Szepietowska EM: Planowanie i realizacja procesu diagnozy neuropsychologicznej. In: Domańska Ł, Borkowska AR (eds.): Podstawy neuropsychologii klinicznej. Wydawnictwo UMCS, Lublin 2009: 411–428.

- Pąchalska M: Neuropsychologia kliniczna. Urazy mózgu. Tom 1, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
- Pąchalska M: Rehabilitacja neuropsychologiczna. Wydawnictwo UMCS, Lublin 2009.
- Pąchalska M, Kaczmarek BLJ, Kropotov JD: Neuropsychologia kliniczna. Od teorii do praktyki. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2017.
- Piskunowicz M, Bieliński M, Zgliński A et al.: Testy fluencji słownej – zastosowanie w diagnostyce neuropsychologicznej. *Psychiatr Pol* 2013; 47: 475–485.
- Prigatano GP: Rehabilitacja neuropsychologiczna. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2009.
- Rasmus P, Lipert A, Orzechowska A et al.: Studium przypadku z psychologii klinicznej zaburzeń psychicznych człowieka dorosłego – przykład do egzaminu państwowego. *Psychiatr Psychol Klin* 2019; 19: 435–441.
- Roessler-Górecka M: Postępowanie terapeutyczne w zaburzeniach zachowania po uszkodzeniach mózgu. In: Seniów J (ed.): *Terapia neuropsychologiczna dorosłych chorych z uszkodzeniem mózgu*. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2019: 232–247.
- Roessler-Górecka M, Iwański S, Seniów J: Wartość pomiaru samoopisowego w diagnostyce neuropsychologicznej pacjentów z uszkodzeniem mózgu. *Psychiatr Pol* 2013; 47: 465–474.
- Seniów J: Ogólne zasady rehabilitacji neuropsychologicznej nastawionej na odbudowę zaburzonych funkcji. In: Seniów J (ed.): *Terapia neuropsychologiczna dorosłych chorych z uszkodzeniem mózgu*. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2019: 23–32.
- Seniów J, Szutkowska-Hoser J: Dysfunkcje wykonawcze w wyniku ogniskowego uszkodzenia mózgu: ocena i terapia. *Neurol Dypł* 2013; 8: 44–50.
- Siuta J: *Inwentarz Osobowości Paula T. Costy Jr i Roberta R. McCrae*. Adaptacja polska. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2006.
- Slachevsky A, Villalpando JM, Sarazin M et al.: Frontal Assessment Battery and differential diagnosis of frontotemporal dementia and Alzheimer disease. *Arch Neurol* 2004; 61: 1104–1107.
- Strauss E, Sherman EMS, Spreen O: *A Compendium of Neuropsychological Tests: Administration, Norms and Commentary*. Third Edition, Oxford University Press, Oxford 2006.
- Szepietowska EM, Gawda B: *Ścieżkami fluencji werbalnej*. Wydawnictwo UMCS, Lublin 2011.
- Szepietowska EM, Kuzaka A: Self-assessment of executive function and lateralization of brain pathology: what does the DEX-S profile show? *Psychiatr Pol* 2019; 53: 129–143.
- Szepietowska EM, Okuniewska H, Bartosz K: Funkcje wykonawcze u osób z chorobą Parkinsona bez objawów otępienia. Czy chorzy o różnym poziomie wglądu we własne kompetencje wykonawcze różnią się sprawnością funkcji wykonawczych. *Neuropsychiatr Neuropsychol* 2015; 10: 55–63.
- Szustowska-Hoser J: Terapia chorych z zaburzeniami programowania i kontroli zachowania celowego. Problem dysfunkcji wykonawczych. In: Seniów J (ed.): *Terapia neuropsychologiczna dorosłych chorych z uszkodzeniem mózgu*. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2019: 209–231.
- Tombaugh TN, Kozak J, Rees L: Normative data stratified by age and education for two measures of verbal fluency: FAS and animal naming. *Arch Clin Neuropsychol* 1999; 14: 167–177.
- Walsh K, Darby D: *Neuropsychologia kliniczna*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2014.