

ŁUCJA DOMAŃSKA

*Uwarunkowania funkcjonowania osoby z uszkodzeniami mózgu  
– przykład neuropsychologicznego wnioskowania diagnostycznego*

Determinants of brain-damaged patients' functioning – an example of neuropsychological  
diagnostic line of thought

WPROWADZENIE

W diagnozowaniu neuropsychologicznym istotne miejsce zajmuje analiza wpływu czynników psychospołecznych i organicznych oraz ich wzajemnych interakcji na funkcjonowanie osoby badanej. Analiza ta jest prawdopodobnie najtrudniejszym wyzwaniem w badaniu neuropsychologicznym. Decyzje podejmowane w tym zakresie mają istotne znaczenie dla formułowania kierunków oraz wyboru metod pracy terapeutycznej.

Przebieg wnioskowania diagnostycznego, uwzględniającego złożone uwarunkowania funkcjonowania osoby z uszkodzeniami mózgu, przedstawiony zostanie na przykładzie pacjentki hospitalizowanej na oddziale neurologicznym. Przeprowadzona analiza służyć będzie wskazaniu kierunków pracy terapeutycznej.

OPIS WNISKOWANIA DIAGNOSTYCZNEGO

Pani Justyna P., lat 68, zgłosiła się na izbę przyjęć z powodu narastających od dwóch lat problemów z pamięcią oraz słabej orientacji w przestrzeni. Były to jedyne niepokojące objawy zgłoszone przez pacjentkę. Ogólny stan zdrowia oceniono jako dobry; obciążenie stanowiła tendencja do nadciśnienia tętniczego, leczona farmakologicznie od dwóch lat. Stan świadomości był prawidłowy. Podjęto decyzję o hospitalizacji, formułując wstępne rozpoznanie w postaci następujących hipotez:

(a) choroba Alzheimera, (b) wodogłowie lub (c) choroba naczyiniowa mózgu. Neurolog założył więc, że występujące u pacjentki problemy z pamięcią świadczą o toczącym się procesie typu otępiennego, którego przyczyna tkwi w jednym spośród wymienionych wyżej schorzeń (ryc. 1).

ZABURZENIA PAMIĘCI → PROCES OTEPIENNY  
 Przyczyna:  
 choroba Alzheimera?  
 wodogłowie?  
 zmiany naczyniopochodne?

Ryc. 1. Wnioskowanie neurologiczne (wiek pacjentki: 68 lat)  
 Neurological line of diagnostic thought

Badanie neuropsychologiczne oparto w pierwszej kolejności na wywiadzie i rozmowie psychologicznej, które pozwoliły zgromadzić więcej informacji o pacjentce i dowiedzieć się, czego doświadczała w związku z zaistniałą sytuacją.

Pacjentka miała średnie wykształcenie; pracowała zawodowo przez krótki czas po ukończeniu szkoły jako urzędniczka. Po skomplikowanym złamaniu ręki przeszła na rentę, zajmowała się domem i wychowywała córkę. Jej kontakty towarzyskie były ograniczone do spotkań w gronie rodzinnym; w wolnym czasie chętnie pracowała w przydomowym ogrodzie. Od śmierci męża przed dwoma laty mieszkała u córki z jej rodziną, pomagając w prowadzeniu domu i wychowaniu wnuków.

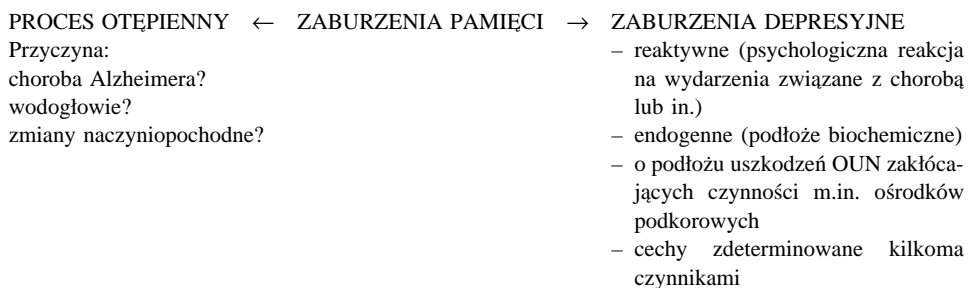
Pacjentka bardzo niepokoiła się swoim stanem i pragnęła wyjaśnić jego przyczyny. Od dwóch lat dostrzegała u siebie nasilające się pogorszenie pamięci: zapominała o kluczach, nie mogła zapamiętać nazwy ulicy, przy której mieszkała, zapominała, gdzie w domu znajdują się przedmioty, takie jak sztućce, talerze, artykuły spożywcze. Zdarzyło jej się kilkakrotnie pobłądzić, miała poważne problemy w wykonywaniu codziennych domowych prac, tak więc deficyty przekraczały swoim nasileniem trudności wynikające z fizjologicznego (niechorobowego) starzenia się (Łuczywek 1996). Pani Justyna dostrzegała swoje błędy, starała się je ukryć przed otoczeniem, wstydziła się ich. Traktowała je jako ograniczenie, przeszkodę, zagrożenie dla poczucia własnej wartości. Już wcześniej chciała zgłosić się do szpitala, ale odwiodła ją od tego córka, która starając się uspokoić matkę, bagatelizowała problem. Córka upatrywała przyczyn trudności w bolesnych przeżyciach związanych ze stratą małżonka. Sama pacjentka za bezpośrednią przyczynę swoich problemów zdrowotnych uważała zdarzenie sprzed dwóch lat – agresywne zachowanie zięcia względem niej (na kilka tygodni przed śmiercią męża), groźby, jakie pod jej adresem sformułował. Pacjentka nie rozumiała przyczyn zachowania zięcia, zwłaszcza że do czasu tamtego wydarzenia uważała go za osobę spokojną i zrównoważoną. Podobny fakt więcej się nie powtórzył, jednak od tamtej pory pani Justyna unikała męża córki, nie rozmawiała z nim, choć po śmierci męża pacjentki

musieli zamieszkać pod jednym dachem. Zięć kilkakrotnie przeproszał, podejmował próby pojednania, które jednak nie zostały przyjęte – pani Justyna nie dała się przeprosić, nie wybaczyła. Twierdziła, że dla jej zdrowia lepiej byłoby, gdyby mieszkała oddzielnie, ale zdawała sobie sprawę, że jest to niemożliwe.

Opiekę na oddziale szpitalnym, na który trafiła, oceniała wysoko – zarówno kompetencje lekarzy, jak i życzliwość oraz zaangażowanie całego personelu szpitala. Miała świadomość konieczności przeprowadzenia badań, przyjmowania leków. Stosunkowo łatwo weszła w rolę pacjenta.

Nie wykazywała szczególnej aktywności spontanicznej: nie rozmawiała z innymi pacjentami, nie czytała, nie oglądała programów telewizyjnych; najczęściej leżała w łóżku lub samotnie spacerowała po korytarzu. Dbała o wygląd zewnętrzny (m.in. o fryzurę, wyrażając żal, że nie może korzystać z usług swojej fryzjerki).

We wnioskowaniu neuropsychologicznym uwzględniono przedstawione powyżej dane zgromadzone w toku wywiadu i obserwacji. W ostatnim okresie szczególnie istotne wydają się w życiu chorej trzy wydarzenia, jakie miały miejsce przed dwoma laty, a więc bezpośrednio przed ujawnieniem się problemów z pamięcią. Były to: śmierć męża, konflikt z zięciem oraz przeprowadzka do córki i zięcia. Wszystkie te wydarzenia należy traktować jako sytuacje trudne, które mogły wywołać reakcję lękową. Uwzględniając fakt, że obniżenie poziomu funkcjonowania poznawczego jest elementem obrazu klinicznego zaburzeń depresyjnych (Pużyński 1996), sformułowano – oprócz podejrzenia o proces otępienny – hipotezę o lękowo-depresyjnym podłożu przejawianych trudności (ryc. 2).



Ryc. 2. Wnioskowanie neuropsychologiczne  
 Neuropsychological line of diagnostic thought

W różnicowaniu procesu otępiennego i zaburzeń depresyjnych posłużono się zestawieniem charakterystycznych cech, które przedstawiono w tabeli 1, pamiętając o tym, iż oba rozpoznania wzajemnie się nie wykluczają, tj. wielu pacjentów ujawnia jednocześnie demencję i depresję (por. Marcopulos 1999).

Sama pacjentka oraz jej córka wskazały na określony moment w przeszłości, kiedy zaczęły się ujawniać trudności (przed dwoma laty). Nie jest to typowy początek

Tab. 1. Różnicowanie zaburzeń depresyjnych i otępienia (za: Parnowski 1999)  
 Differentiation between depressive disorders and dementia (based on Parnowski 1999)

Cecha	Zaburzenia depresyjne	Proces otępienny
Początek	nagły, stosunkowo łatwo uchwytny	trudno uchwytny
Nastrój	obniżenie przeważnie stałe	często zmienny
Cechy choroby afektywnej w wywiadzie	często	rzadziej
Stosunek do niesprawności	demonstracyjnie prezentuje swoją niesprawność	stara się ukryć swoją niesprawność
Skargi	drobiazgowe	nieokreślone
Odpowiedzi	częste odpowiedzi „nie wiem”	rzadko „nie wiem”
Wyniki testów	zmienne (stosunkowo często znaczne wahanie sprawności umysłowej)	pogarszające się (postępujące upośledzenie sprawności umysłowej)
Zaburzenia pamięci	STM/LTM	głównie STM
Realizacja zadań społecznych	obniżona	utrzymana
Wysiłek w wykonywaniu zadań	niewielki	znaczny
Pogarszanie noca	nie	tak
Samoocena	niska	brak poczucia winy
Zainteresowanie leczeniem	brak	początkowo duże

procesu otępiennego, charakterystycznego dla choroby Alzheimera, w której zazwyczaj ani sam chory, ani rodzina nie są w stanie podać czasu pojawienia się problemów (stąd początek opisuje się jako skryty i podstępny). Pacjentka wykazywała jednak cechy funkcjonowania właściwe wczesnej fazie otępienia: zaburzenia głównie w zakresie utrwalania nowych informacji, stopniowo postępujące upośledzenie sprawności umysłowej, zachowany krytycyzm względem swojego działania i popełnianych pomyłek. Podejmowała próby utrzymania dotychczasowej aktywności (realizacji zadań społecznych), wkładała duży wysiłek w wywiązywanie się z dotychczasowych obowiązków, czyniła starania, aby ukryć przed otoczeniem swoją niesprawność. Pacjentka, podobnie jak większość chorych we wczesnych fazach otępienia, była zainteresowana leczeniem, aktywnie poszukiwała wyjaśnienia nękających ją problemów, nawet wbrew zniechęcającemu oddziaływaniu otoczenia.

Mimo nietypowego dla depresji dużego zainteresowania leczeniem w funkcjonowaniu pani Justyny na oddziale szpitalnym zaznaczały się pewne cechy depresyjne, przede wszystkim izolacja społeczna, brak spontanicznego nawiązywania i podtrzymywania kontaktów z innymi osobami. Informacje uzyskane w czasie wywiadu sugerowały obecność rysu depresyjnego w osobowości przedchorobowej pacjentki.

U pani Justyny nie występowała pełnoobjawowa, głęboka depresja. Ujawniany w zachowaniu „odczyn” depresyjny nie wyjaśniał wzorca funkcjonowania poznawczego, jaki reprezentowała pacjentka. Tak więc, oprócz podłoża emocjonalnego, należało uwzględnić obecność czynnika uszkodzającego ośrodkowy układ nerwowy. Izolowany charakter zaburzeń – dotyczących wyłącznie możliwości pamięciowych – wykluczał raczej hipotezę o wodogłowie jako przyczynie patologicznych zmian w obrębie mózgu. Wyraźnie zaznaczony początek niepokojących zmian w funkcjonowaniu wskazywał na naczyniowe podłoże uszkodzenia mózgu. Obrazowanie mózgu za pomocą tomografii komputerowej potwierdziło tę hipotezę. Ujawniło obecność w obu półkulach licznych, rozsianych ognisk niedokrwiennych, świeżych oraz starych. Dowodzi to, że proces chorobowy toczył się u pacjentki już od jakiegoś czasu, pozostając do pewnego momentu klinicznie niemym, a jego pierwszymi ujawnionymi symptomami stały się zaburzenia pamięci.

Funkcjonowanie emocjonalne pacjentki w zaistniałej sytuacji miało złożone uwarunkowania. Wpływało na nie wiele wzajemnie oddziałujących na siebie czynników. Były to:

- przedchorobowe cechy osobowości (introwersja, być może rys depresyjny);
- aktualna sytuacja: przeżywanie choroby (niesprawności), jej diagnozowania oraz innych sytuacji trudnych, które miały miejsce w nieodległej przeszłości (tzw. umotywowane obniżenie nastroju; Gainotti i Marra 2002);
- dysfunkcja mózgu (obejmująca systemy odpowiedzialne za regulację emocjonalną; Stern i Bachman 1991; Herzyk 2000).

Mając świadomość, że stan emocjonalny chorej był wypadkową wielu czynników pozostających we wzajemnych interakcjach, warto zwrócić uwagę na zmienione reagowanie emocjonalne w postaci bardzo nasilonych i uporczywie utrzymujących się negatywnych uczuć względem zięcia oraz oporu wobec prób przeformułowania problemu w tej relacji. Rozpoznanie procesu chorobowego zakłócającego pracę mózgu umożliwiło uwzględnienie czynnika mózgowego w genezie utrudnień funkcjonowania chorej. W konsekwencji było warunkiem trafnego sformułowania celów terapii (por. Bennett-Levy, Klein-Boonschate, Batchelor, McCarter i Walton 1994; Komajda i Seniów 2003).

#### WSKAZANIA TERAPEUTYCZNE

Terapia w przypadku tej pacjentki powinna objąć zarówno samą chorą, jak i jej najbliższe otoczenie. Kontakt terapeutyczny z panią Justyną należało ukierunkować na udzielenie jej emocjonalnego wsparcia, uczenie umiejętności radzenia sobie ze stresem i frustracją, polepszenie wglądu w przeżywane emocje i własne zachowanie, kształtowanie pozytywnej samooceny, mimo różnorodnych przeszkód (świadomości strat), podjęcie próby zintegrowania z członkami rodziny, którzy mogli być dla niej oparciem.

Oddziaływania terapeutyczne względem rodziny pacjentki powinny obejmować cele psychoedukacyjne: wyjaśnianie uwarunkowań zachowania chorej, jej ograniczonych możliwości adaptacyjnych, uczenie towarzyszenia pacjentce i sposobów wspierania jej w walce z chorobą. Wskazana była pomoc w zrozumieniu zwłaszcza niektórych zachowań chorej, emocjonalnie trudnych i bolesnych dla najbliższych jej osób. Wyjaśnienie przyczyn obserwowanych zmian w funkcjonowaniu powinno służyć wypracowaniu lepszych sposobów radzenia sobie z nimi w codziennych sytuacjach i ominięciu problemów, których są przyczyną.

#### PODSUMOWANIE

Przedstawiony przebieg wnioskowania neuropsychologicznego ilustruje udział oceny neuropsychologicznej w całościowym diagnozowaniu pacjenta. Postępowanie neuropsychologiczne pozwoliło na sformułowanie opinii o stanie czynnościowym ośrodkowego układu nerwowego (cechy funkcjonowania osoby świadczyły o nieprawidłowościach w obrębie OUN) oraz określenie rodzaju procesu chorobowego obejmującego mózg (na podstawie wzorca funkcjonowania pacjentki wskazano, jakiej jednostce chorobowej odpowiada charakter przejawianych zakłóceń). Wnioskowanie neuropsychologiczne odegrało więc rolę wspomagającą w stosunku do diagnozowania neurologicznego, którego konsekwencją było zastosowanie określonego leczenia (w tym przypadku farmakologicznego, odmiennego niż w chorobie Alzheimera czy wodogłowi, które z kolei wymaga zazwyczaj szybkiej interwencji neurochirurgicznej).

Zasadniczym celem postępowania neuropsychologicznego było scharakteryzowanie obrazu funkcjonowania pacjentki, uwzględniającego interakcję przedchorobowych cech poznawczych i osobowościowych ze zmianami w funkcjonowaniu, będącymi konsekwencją patologii mózgowej (por. Prigatano 1999). Rozpoznanie złożonych uwarunkowań zmian w funkcjonowaniu u osoby z uszkodzeniem mózgu pozwala formułować program terapii neuropsychologicznej, ukierunkowanej na łagodzenie deficytów i poprawę radzenia sobie z nimi w relacjach społecznych. Interwencja psychoterapeutyczna staje się często nieodzownym komponentem kontaktu terapeutycznego, w którym zarówno sam pacjent, jak i jego rodzina wymagają pomocy w osobistym przystosowaniu do nowej rzeczywistości i poradzeniu sobie ze stratami.

## BIBLIOGRAFIA

- Bennett-Levy J., Klein-Boonschate M. A., Batchelor J., McCarter R., Walton N. (1994). Encounters with Anna Thompson: The consumer's experience of neuropsychological assessment. *The Clinical Neuropsychologist*, 2, 219–238.
- Gainotti G., Marra C. (2002). Determinants and consequences of post-stroke depression. *Current Opinion in Neurology*, 15, 85–89.
- Herzyk A. (2000). *Mózg, emocje, uczucia*. Lublin: UMCS.
- Komajda R., Seniów J. (2003). Zaburzenia emocjonalne u chorych z ogniskowym uszkodzeniem mózgu w aspekcie psychoterapii. W: J. Talar (red.). *Neurorehabilitacja u progu XXI wieku* (s. 121–126). Bydgoszcz: Wyd. AM im. L. Rydygiera.
- Łuczywek E. (1996). Zaburzenia aktywności poznawczej osób w późnym wieku. Problemy demencji. W: A. Herzyk, D. Kądziaława (red.). *Zaburzenia w funkcjonowaniu człowieka z perspektywy neuropsychologii klinicznej* (s. 111–149). Lublin: UMCS.
- Marcpulos B. A. (1999). Ocena deficytów poznawczych w depresji. W: A. Herzyk, A. Borkowska (red.). *Neuropsychologia emocji* (s. 243–280). Lublin: UMCS.
- Parnowski (1999). Depresja a choroba Alzheimerera. *Neurologia i Neurochirurgia Polska*, Supl. 1, 39–50.
- Prigatano G. P. (1999). *Principles of neuropsychological rehabilitation*. Oxford: Oxford University Press.
- Puzyński S. (1996). *Depresje i zaburzenia afektywne*. Warszawa: PZWL.
- Stern R. A., Bachman D. L. (1991). Depressive symptoms following strokes. *American Journal of Psychiatry*, 148, 351–356.

## SUMMARY

The analysis of psychosocial and organic factors, their interactions and how they influence patient's functioning plays an important role in neuropsychological diagnosis. This analysis is probably the most difficult challenge. Decisions taken in this area are significant for choosing directions and methods of therapeutic intervention. To illustrate the problem a patient is described who was hospitalized at neurology ward. The neuropsychological line of diagnostic thought is presented in which patient's subjective experience and her premorbid features of functioning are considered. Directions of therapeutic work are highlighted including (a) supporting the patient and her family in dealing with personal losses and (b) improving the patient's and her relatives' insight into direct and indirect consequences of brain injury.