

ANNALES
UNIVERSITATIS MARIAE CURIE-SKŁODOWSKA
LUBLIN — POLONIA

VOL. XXI

SECTIO J

2008

Wydział Pedagogiki i Psychologii UMCS
Zakład Psychologii Klinicznej i Neuropsychologii

EWA ZAWADZKA, ŁUCJA DOMAŃSKA

*Wybrane wymiary funkcjonowania emocjonalnego osób
z zaburzeniami świadomości deficytów poznawczych
w następstwie uszkodzenia mózgu*

Selected aspects of emotional functioning of patients with limited consciousness of cognitive deficits after brain injury

WPROWADZENIE

Zmiany w funkcjonowaniu emocjonalnym osób po uszkodzeniu mózgu często stanowią bezpośredni objaw patologii mózgowej. Mogą przejawiać się w postaci zmian emocjonalnych o charakterze neurodynamicznym i wówczas są traktowane jako jedna z konsekwencji działania czynnika ogólnomózgowego. Natomiast specyficzne zaburzenia emocjonalne wywoływane są przez dysfunkcje obejmujące wybiórczo pewne obszary mózgu (np. okolice czołowe, prawą półkulę i połączenia limbiczno-korowe; Herzyk 2000).

Zmiany emocjonalne obserwowane u osób z patologią mózgową wynikają ze złożonych interakcji między działaniem czynników związanych z uszkodzeniem mózgu a psychologiczną reakcją na bezpośrednie skutki uszkodzenia mózgu (ograniczoną sprawność motoryczną, dysfunkcje sensoryczne, poznawcze). Osobowość pacjenta z uszkodzeniem mózgu stanowi zatem wypadkową: a) bezpośrednich objawów dysfunkcji mózgowej, b) zmian związanych z doświadczaniem ograniczeń wynikających z deficytów neurologicznych i neuropsychologicznych, c) przeżywania sytuacji choroby jako okoliczności stwarzającej zagrożenie życia lub prowadzącej do utraty dotychczasowego stylu życia, d) cech osobowości przedchorobowej.

Bezpośrednim skutkom uszkodzenia mózgu towarzyszą często (zwłaszcza w fazie ostrej) zaburzenia świadomości przejawianych deficytów (określane jako

anozognozje), które wydają się wpływać na funkcjonowanie emocjonalne pacjentów. Istnieją doniesienia wskazujące na zależność między stopniem wglądu we własne deficyty a stanem funkcjonowania emocjonalnego. W dotychczasowych badaniach wykazano nasilanie się objawów depresji, lęku i obniżenie poziomu samooceny w toku uświadamiania sobie własnych ograniczeń funkcjonowania (m.in. Prigatano, Altman 1990; Godfrey, Partridge i in. 1993; Fleming, Strong, Ashton 1998; Misztal 2003; Bierman-Copland, Dywan 2000). Rezultaty badań osób z anozognozją wykazują jednak brak zgodności co do związku między nieświadomością zaburzeń a depresją. W niektórych doniesieniach nie stwierdzono zależności między anozognozją a objawami depresji (Starkstein, Fedoroff i in. 1992).

CEL BADAŃ WŁASNYCH

Celem badań własnych (pilotażowych) było opisanie cech funkcjonowania emocjonalnego osób z dysfunkcjami mózgu przejawiających niepełny wgląd w posiadane deficyty pamięci i/lub uwagi.

Sformułowano następujące problemy badawcze:

1. Czy pacjenci z pełnym i niepełnym wglądem w swoje deficyty poznawcze różnią się pod względem wybranych wymiarów funkcjonowania emocjonalnego?
2. Czy istnieją różnice w nasileniu objawów depresji i manii przed zachorowaniem i w sytuacji choroby u pacjentów przejawiających niepełny wgląd w deficyty poznawcze?
3. Czy nasilenie objawów depresji i manii różni się w ocenie pacjenta i bliskiej osoby?
4. Czy istnieje zależność między oceną poziomu lęku i nasilenia objawów depresji formułowaną przez pacjenta?

PROCEDURA DOBORU OSÓB DO BADAŃ

Wszyscy pacjenci uczestniczący w badaniach byli hospitalizowani na oddziałach neurologicznych lub rehabilitacji neurologicznej w związku z uszkodzeniem mózgu pochodzenia naczyniowego. We wstępnym etapie z badań zostali wyłączeni chorzy z przedchorobową historią zaburzeń psychiatrycznych, z chorobą alkoholową, po urazach czaszkowo-mózgowych, stwierdzoną padaczką i krótszym niż tydzień czasem od zachorowania. Osoby zakwalifikowane do badań zostały poddane ocenie neuropsychologicznej za pomocą: Testu 15 Słów Reya, prób do badania pamięci wzrokowej z „Zestawu prób do badania procesów poznawczych pacjentów z uszkodzeniami mózgu” W. Łuckiego (1994), zadania przekreślania linii (wzorowanego na próbie Alberta; Halligan, Marshall, Wade 1990), kopiowania rysunku, podtestu Symbole Cyfr ze Skali Inteli-

gencji Wechslera dla Dorosłych (WAIS-R); zestawu pytań dotyczących uwagi stronnej (za: McGlynn, Schacter 1989), podskali pamięci i uwagi ze Skali Samooceny BEx Owczarka, Piątek i in. (1995). W toku badania oceniono: pamięć bezpośrednią (słuchową i wzrokową), uwagę stronną oraz zdolność do koncentracji uwagi. Do dalszego postępowania badawczego wybrano pacjentów, u których wystąpiły zaburzenia w zakresie przynajmniej jednej z wymienionych funkcji. Wyłączono osoby z głęboką afazją uniemożliwiającą nawiązanie logicznego kontaktu słownego, głęboką amnezją oraz nasilonymi objawami dementywnymi.

W kolejnym etapie wykorzystano jedno z podejść metodologicznych oceny zaburzeń świadomości, polegające na zestawieniu wyników obiektywnej oceny neuropsychologicznej z subiektywną oceną formułowaną przez pacjenta (por. Daniluk, Zawadzka 2000). Stan funkcji pamięci i uwagi stwierdzony w badaniu obiektywnym porównano z subiektywną oceną tych funkcji dokonaną przez pacjenta. Wskaźnikiem występowania zaburzeń świadomości była rozbieżność między wynikami obiektywnego pomiaru ocenianych funkcji psychicznych a subiektywną ich oceną przez badanego. Osoby, które nie doceniały przejawianych przez siebie zaburzeń (czyli wystąpiła rozbieżność ocen), utworzyły grupę z niepełnym wglądem w posiadane deficyty pamięci lub uwagi (NW). Natomiast osoby, u których wystąpiła zgodność ocen, zakwalifikowano do grupy z pełnym wglądem w stan funkcji pamięci i uwagi (PW). Charakterystykę osób tworzących obie grupy przedstawiono w tabeli 1.

Tab. 1. Charakterystyka badanych osób
Characteristics of the tested patients

Zmienna	Grupa osób z niepełnym wglądem w posiadane deficyty poznawcze (NW) (N=9)	Grupa osób z pełnym wglądem w posiadane deficyty poznawcze (PW) (N=11)
Średnia wieku	49,2	45,2
Średni czas od zachorowania (tyg.)	10,4	6,3
Płeć (kobiety/mężczyźni)	3/6	7/4
Stronność uszkodzenia mózgu (prawa/lewa półkula)	6/3	5/6

Grupy nie różniły się istotnie pod względem wieku ($Z=0,152$; $p<0,88$) i czasu, jaki upłynął od zachorowania ($Z=1,769$; $p<0,08$).

METODY

W badaniach wykorzystano następujące metody:

A. **Neuropsychologiczny Profil Zachowania i Afektu** (NPZiA; tłumaczenie własne metody *Neuropsychological Behavioral and Affect Profile*, Nelson, Satz, D'Elia 1994). Narzędzie to dostarcza informacji na temat aktualnego po-

ziomu i typu funkcjonowania emocjonalnego osób z dysfunkcją mózgu oraz danych dotyczących zmian w funkcjonowaniu emocjonalnym w stosunku do stanu przedchorobowego. NPZiA składa się z dwóch wersji (Formularz S oraz Formularz O). Formularz S służy do samoopisu – wypełniany jest przez pacjenta. Formularz O wypełnia osoba bliska, dobrze znająca pacjenta. Zarówno pacjent, jak i osoba bliska ustosunkowują się w swoich ocenach do stanu wcześniejszego (to jest przed wystąpieniem uszkodzenia mózgu) oraz aktualnego (po wystąpieniu uszkodzenia mózgu) (Nelson, Satz i in. 1983). W niniejszym badaniu wzięto pod uwagę wyniki uzyskane w skali depresji i manii.

B. Kwestionariusz Samooceny (za: Wrześniewski, Sosnowski 1987). Autorzy Kwestionariusza odwołali się do rozróżnienia między lękiem rozumianym jako przejściowy, uwarunkowany sytuacyjnie stan jednostki a lękiem rozumianym jako cecha osobowości. Lęk jako stan charakteryzuje się subiektywnymi uczuciami obawy i napięcia, którym towarzyszy związana z nimi aktywacja autonomicznego układu nerwowego. Na potrzeby niniejszego badania uwzględniono wyniki uzyskane w części Kwestionariusza dotyczącej lęku jako stanu.

C. Skala Samoopisu BEx (opracowana w Klinice Neurologii i Epileptologii CMKP w Warszawie; Owczarek, Piątek i in. 1995). Obejmuje subiektywną ocenę codziennego funkcjonowania pacjentów. Osoba badana ocenia swój stan, wybierając jedną z opcji na 7-punktowej skali semantycznej. W niniejszym badaniu wzięto pod uwagę ogólne samopoczucie pacjentów.

WYNIKI

Uzyskane rezultaty badań poddano analizie ilościowej i jakościowej. Analizę ilościową przeprowadzono za pomocą programu STATISTICA PL (dla Windows). Testem Lilieforsa sprawdzono normalność rozkładów. Zmienne uzyskały rozkłady odbiegające od normalnego, dlatego też w analizie danych zastosowano nieparametryczne metody statystyczne. Przeprowadzono porównania między- oraz wewnątrzgrupowe.

PORÓWNANIA MIĘDZYGRUPOWE

Na podstawie wyników testu U Manna-Whitneya (tabela 2) można wskazać, że między osobami z pełnym i niepełnym wglądem w posiadane deficyty poznawcze wystąpiły istotne statystycznie różnice w zakresie:

- lęku ocenianego jako stan, czyli występującego w sytuacji choroby ($Z = -2,66; p < 0,01$),
- ogólnego samopoczucia pacjenta podczas choroby ($Z = 0,048; p < 0,05$).

Na podstawie porównania średnich można stwierdzić, że osoby z niepełnym wglądem we własny stan poznawczy przejawiały niższy poziom lęku oraz lepsze

ogólne samopoczucie niż chorzy w pełni świadomi swoich ograniczeń poznawczych (tabela 2).

Tab. 2. Porównanie wyników oceny stanu emocjonalnego u osób z grup klinicznych: z niepełnym (NW) i z pełnym (PW) wglądem w deficyty poznawcze (test U Manna-Whitneya)
The comparison of the results of emotional state assessment in patients with limited (NW) and full (PW) insight into cognitive deficits (the U Mann-Whitney test)

Zmienna	Grupa NW (N = 9)			Grupa PW (N = 11)			Z	Poziom p
	$\bar{x}$	s	Min.-max	$\bar{x}$	s	Min.-max		
Lęk stan	31,89	11,32	22–59	51,64	14,74	28–78	–2,660	0,007**
Ogólne samopoczucie	38,33	4,36	29–42	31,36	9,23	18–47	1,981	0,048*
Depresja przed chorobą (ocena pacjenta)	11,00	10,82	0–27	28,18	36,47	0–100	–0,512	0,608
Depresja w trakcie choroby (ocena pacjenta)	26,22	28,27	0–82	60,00	29,15	0–100	–2,259	0,024*
Depresja przed chorobą (ocena bliskiego)	4,00	6,54	0–18	29,91	37,24	0–100	–2,156	0,031*
Depresja w trakcie choroby (ocena bliskiego)	34,33	30,07	4–82	65,00	31,51	0–100	–1,828	0,060
Mania przed chorobą (ocena pacjenta)	31,00	17,47	8–58	32,36	27,73	0–88	0,267	0,789
Mania w trakcie choroby (ocena pacjenta)	38,44	19,97	8–83	24,82	23,40	0–63	1,107	0,268
Mania przed chorobą (ocena bliskiego)	21,89	14,30	4–40	24,36	22,69	0–79	–0,077	0,939
Mania w trakcie choroby (ocena bliskiego)	27,44	25,57	0–90	14,36	13,09	0–33	1,111	0,266

** – różnice istotne statystycznie na poziomie $p < 0,01$; * – różnice istotne statystycznie na poziomie $p < 0,05$.

Różnice istotne statystycznie uzyskano również w odniesieniu do poziomu depresji, mierzonego w różnych aspektach: przed i w trakcie choroby oraz w ocenie pacjenta i w ocenie bliskich. Stwierdzono, że osoby z grupy NW różnią się istotnie od chorych z grupy PW w zakresie:

- poziomu depresji w sytuacji choroby, ocenianego z perspektywy pacjenta ($Z = -2,259$; $p < 0,05$);
- oceny bliskich dotyczącej przedchorobowego poziomu depresji pacjentów ($Z = -2,156$; $p < 0,05$);
- oceny bliskich w odniesieniu do poziomu depresji występującej u chorych w trakcie choroby ($Z = -1,828$; $p < 0,06$).

Zestawienie średnich umożliwia stwierdzenie, że osoby z niepełnym wglądem w porównaniu z osobami przejawiającymi niezakłócony wgląd w swoje deficyty poznawcze wykazywały:

- mniejsze nasilenie objawów depresji w sytuacji choroby (zarówno w opinii bliskich, jak i na podstawie samoopisu);

– mniejsze nasilenie objawów depresji w okresie przedchorobowym (według własnego opisu pacjenta) (tabela 2).

W zakresie pozostałych aspektów oceny depresji oraz w odniesieniu do pomiaru przejawów manii nie uzyskano istotnych statystycznie różnic między badanymi grupami NW i PW (tabela 2).

PORÓWNANIA WEWNĄTRZGRUPOWE

Za pomocą testu kolejności par T-Wilcoxona przeprowadzono porównania wewnątrz grup klinicznych w zakresie różnych aspektów oceny dwóch wymiarów funkcjonowania emocjonalnego (objawy depresji oraz objawy manii) osób z dysfunkcjami mózgu, przejawiającymi pełny lub niepełny wgląd w posiadane trudności poznawcze.

W zakresie przejawów depresji zarówno w grupie osób z niepełnym wglądem, jak i w grupie osób mających pełny wgląd w swój stan poznawczy wykazano istotne statystycznie różnice w aspektach:

– depresja w ocenie pacjenta przed i w trakcie choroby (NW: $Z=2,022$; $p<0,05$; PW: $Z=2,251$; $p<0,05$);

– depresja w ocenie osoby bliskiej przed i w trakcie choroby pacjenta (NW: $Z=2,666$; $p<0,01$; PW: $Z=2,521$; $p<0,05$).

Osoby bliskie oraz pacjenci wskazywali na mniejsze nasilenie objawów depresji przed chorobą w porównaniu z aktualną sytuacją (to jest podczas choroby, por. tabela 2).

Porównanie poziomu depresji oszacowanego przez pacjenta i osobę bliską, również w obu grupach klinicznych, wykazało brak istotnych statystycznie różnic ($p<0,05$) zarówno w odniesieniu do sytuacji przed, jak i w trakcie choroby (tabela 3).

Tab. 3. Porównanie różnych aspektów oceny poziomu depresji u pacjentów z grup klinicznych: z niepełnym wglądem (NW) oraz z pełnym wglądem (PW) w przejawiane deficyty poznawcze.

Porównania wewnątrzgrupowe testem kolejności par T-Wilcoxona

The comparison of some aspects of the depression assessment in patients with limited (NW) and full (PW) insight into cognitive deficits (the T-Wilcoxon test)

Porównywana para zmiennych	Grupa NW		Grupa PW	
	Z	poziom p	Z	poziom p
Depresja przed chorobą – ocena pacjenta				
Depresja przed chorobą – ocena bliskich	1,826	0,068	0,169	0,866
Depresja w trakcie choroby – ocena pacjenta				
Depresja w trakcie choroby – ocena bliskich	0,943	0,345	1,014	0,311
Depresja przed chorobą – ocena pacjenta				
Depresja w trakcie choroby – ocena pacjenta	2,022	0,043*	2,251	0,024*
Depresja przed chorobą – ocena bliskich				
Depresja w trakcie choroby – ocena bliskich	2,666	0,008**	2,521	0,012*

** – różnice istotne statystycznie na poziomie $p < 0,01$; * – różnice istotne statystycznie na poziomie $p < 0,05$.

Porównując w grupie osób z niepełnym wglądem różne aspekty oszacowania poziomu manii, stwierdzono istotne statystycznie różnice między oceną poziomu manii dokonaną przez pacjenta a oceną sformułowaną przez osobę bliską, tak w odniesieniu do sytuacji przed chorobą ($Z=2,488$; $p<0,05$), jak i w trakcie choroby ($Z=2,38$; $p<0,05$). Osoby bliskie, w porównaniu z samoopisem pacjentów, stwierdzały u chorych mniejsze nasilenie objawów manii w sytuacji przed i podczas choroby (por. tabela 2).

W grupie osób z pełnym wglądem nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic ($p<0,05$) w nasileniu objawów manii zarówno w porównaniu oceny pacjenta i osoby bliskiej, jak i przy zestawieniu sytuacji występowania objawów manii przed i w trakcie choroby (tabela 4).

Tab. 4. Porównanie różnych aspektów oceny poziomu manii u pacjentów z grup klinicznych: z niepełnym wglądem (NW) oraz z pełnym wglądem (PW) w przejawiane deficyty poznawcze.

Porównania wewnątrzgrupowe testem kolejności par T-Wilcoxona

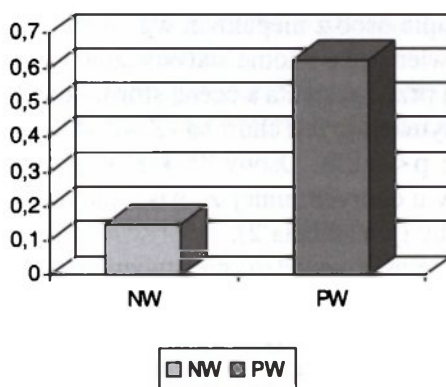
The comparison of some aspects of the mania assessment in patients with limited (NW) and full (PW) insight into cognitive deficits (the T-Wilcoxon test)

Porównywana para zmiennych	Grupa NW		Grupa PW	
	Z	poziom p	Z	poziom p
Mania przed chorobą – ocena pacjenta				
Mania przed chorobą – ocena bliskich	2,488	0,013*	0,178	0,859
Mania w trakcie choroby – ocena pacjenta				
Mania w trakcie choroby – ocena bliskich	2,380	0,017*	1,481	0,139
Mania przed chorobą – ocena pacjenta				
Mania w trakcie choroby – ocena pacjenta	1,363	0,173	1,835	0,067
Mania przed chorobą – ocena bliskich				
Mania w trakcie choroby – ocena bliskich	0,676	0,499	1,680	0,093

* – różnice istotne statystycznie na poziomie $p < 0,05$.

ZALEŻNOŚĆ MIĘDZY LĘKIEM A DEPRESJĄ

W celu oceny stabilności samoopisu pacjentów przejawiających niepełny wgląd w posiadane deficyty poznawcze wykorzystano współczynnik korelacji τ -Kendalla. Ustalono zależność między dokonaną przez pacjentów oceną dwóch wymiarów funkcjonowania emocjonalnego: lęku odczuwanego w sytuacji choroby oraz objawów depresji występujących w trakcie choroby (ryc. 1). W grupie NW nie uzyskano istotnej statystycznie ($p<0,05$) korelacji między lękiem stanem a objawami depresji w sytuacji choroby w ocenie pacjenta. W grupie PW natomiast stwierdzono istotną statystycznie ($p<0,05$) umiarkowaną dodatnią korelację między badanymi zmiennymi, co oznacza, że im większe nasilenie lęku jako stanu opisywał pacjent, tym większe przypisywał sobie nasilenie objawów depresji.



Ryc. 1. Wyniki korelacji między oceną lęku stanu a oszacowaniem nasilenia objawów depresji w sytuacji choroby (wartości współczynnika korelacji τ -Kendalla)

The results of correlation between the anxiety-state score and the depression (during the illness) score (τ -Kendall)

WNIOSKI

1. Wyniki prezentowanych badań wykazały, że rehabilitowani pacjenci z niepełnym wglądem w deficyty pamięci i uwagi (niepełna postać anozognozji wg Prigatano 1999) przejawiają lepsze ogólne samopoczucie oraz niższy poziom lęku i objawów depresji odczuwanych w sytuacji choroby niż osoby adekwatnie oceniające swój stan poznawczy. W literaturze przedmiotu sugeruje się, że w miarę upływu czasu od zachorowania, podjęcia rehabilitacji i uzyskiwania wglądu w przejawiane trudności u chorych mogą nasilać się objawy obniżonego nastroju (Prigatano, Altman 1990; Godfrey, Partridge i in. 1993; Fleming, Strong, Ashton 1998; Misztal 2003; Bierman-Copland, Dywan 2000). Ownsworth i Fleming (2005) stwierdzają, że utrzymujące się przez dłuższy czas zaburzenia świadomości deficytów mogą stwarzać większe ryzyko długotrwałych zaburzeń emocjonalnych z powodu nierealistycznych oczekiwań co do procesu zdrowienia, braku motywacji do zaangażowania się w proces terapii, niemożności zrozumienia narzuconych ograniczeń (np. w prowadzeniu pojazdów), braku powodzenia w realizowaniu codziennych obowiązków (np. w powrocie do pracy). Powoduje to częste doświadczanie frustracji, pogłębione nieumiejętnością wyjaśnienia przyczyn niepowodzeń, co w odleglejszej perspektywie czasu, zdaniem niektórych autorów, może prowadzić do ujawnienia się nastawień urojeniowych (m.in. Prigatano 1999).

2. Zarówno w grupie osób z niepełnym wglądem, jak i z adekwatną oceną stanu funkcji poznawczych stwierdzono większe nasilenie objawów depresyjnych w sytuacji choroby w porównaniu z okresem przedchorobowym. Różnicowanie to odnotowano zarówno w ocenie subiektywnej pacjentów, jak i w opi-

nii osób bliskich. Tendencja do przejawiania obniżonego nastroju w sytuacji choroby wystąpiła niezależnie od stopnia wglądu w przejawiane deficyty poznawcze. Osoby z pełnym wglądem wykazują większe nasilenie objawów depresji w sytuacji choroby w porównaniu z chorymi przejawiającymi zakłócenia świadomości deficytów. Obniżenie nastroju w sytuacji choroby jest adekwatną reakcją osoby na zakłócenie dotychczasowej aktywności życiowej. Zatem osoby z niepełnym wglądem w przejawiane deficyty poznawcze wydają się przeżywać niekorzystną zmianę stanu zdrowia, co znajduje odzwierciedlenie w ich stanie emocjonalnym (nasilenie objawów depresji). Niepełna orientacja we własnych deficytach nie jest czynnikiem uniemożliwiającym pacjentom adekwatne emocjonalne przeżywanie sytuacji trudnej, w której się znaleźli. Nasilenie objawów depresji u tych osób może także wiązać się z doświadczaniem stanów niemożności realizowania dotychczasowych zadań życiowych, którym towarzyszy ograniczony wgląd w przyczyny tego stanu rzeczy (Ownsworth, Fleming 2005).

3. W prezentowanych badaniach zaobserwowano zgodność ocen nasilenia objawów depresji formułowanych przez pacjentów i ich bliskich, co może świadczyć o zachowanym wglądzie chorych we własny stan emocjonalny. U osób z ograniczonym wglądem w stan funkcji poznawczych może być zachowana adekwatność w ocenie stanu emocjonalnego (por. Biran, Chatterjee 2003). Jednakże uzyskane w prezentowanych badaniach wartości korelacji między nasileniem objawów lęku i depresji sugerują niestabilność ocen dotyczących sfery emocji dokonywanych przez chorych z niepełnym wglądem w deficyty poznawcze. U osób z patologią mózgu o podłożu naczyniowym niepełny wgląd w deficyty poznawcze często współwystępuje z pełną świadomością trudności w innym wymiarze funkcjonowania, natomiast w przypadku osób ze zmianami zwyrodnieniowymi mózgu (np. z chorobą Alzheimera) bardzo często zakłócenia świadomości deficytów poznawczych współwystępują z ograniczonym wglądem w stan emocjonalny (najczęściej depresyjny) oraz z pobudzeniem (Walzer, Chmerinski i in. 1997).

4. Pacjenci z niepełnym wglądem w deficyty poznawcze oceniają siebie w sytuacji choroby jako przejawiających większe nasilenie cech maniakalnych (czyli wykazujących większy napęd psychoruchowy, pobudzenie, wyższy poziom energii, lepsze samopoczucie i podwyższoną samoocenę) niż przed zachorowaniem. Opinia pacjentów jest zbieżna z oceną dokonaną przez osoby bliskie. Wyniki te są zgodne z opisywaną w literaturze tendencją do lepszego samopoczucia pacjentów z zaburzonym wglądem w przejawiane deficyty niż u osób w pełni zorientowanych co do swojego stanu zdrowia (por. Prigatano, Altman 1990; Godfrey, Partridge i in. 1993; Ownsworth, Clare 2006).

5. U osób z niepełnym wglądem w deficyty poznawcze stwierdzono niestabilność nastroju (nasilenie objawów depresyjnych i maniakalnych). Podwyższony nastrój można wiązać z utrzymującym się niepełnym wglądem w deficyty

poznawcze, natomiast pojawiające się w toku zdrowienia procesy adaptacyjne mogą współwystępować z nasilającymi się objawami depresyjnymi (podwyższony niepokój, lęk, gorsze samopoczucie) (por. Ownsworth, Clare 2006).

BIBLIOGRAFIA

- Bierman-Copland S., Dywan J. (2000). *Achieving rehabilitative gains in anosognosia after TBI*. „Brain and Cognition”, 1, 1–18.
- Biran I., Chatterjee A. (2003). *Depression with anosognosia following a left subcortical stroke*. „Clinical Neurology and Neurosurgery”, 105, 99–101.
- Daniluk B., Zawadzka E. (2000). *Metodologiczne problemy diagnozy zaburzeń świadomości*. W: A. Borkowska, E. M. Szepietowska (red.), *Diagnoza neuropsychologiczna. Metodologia i metodyka* (s. 347–363). Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Fleming J. M., Strong J., Ashton R. (1998). *Cluster analysis of self-awareness levels in adults with traumatic brain injury and relationship to outcome*. „The Journal of Head Trauma Rehabilitation”, 13, 39–52.
- Godfrey H. P. D., Partridge F. M., Knight R. G., Bishara S. (1993). *Course of insight disorder and emotional dysfunction following closed head injury: a controlled cross-sectional follow-up study*. „Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology”, 15, 4, 503–515.
- Halligan P. W., Marshall J. C., Wade D. T. (1990). *Do visual field deficits exacerbate visuospatial neglect?* „Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry”, 53, 487–491.
- Herzyk A. (2000). *Mózg, emocje, uczucia. Analiza neuropsychologiczna*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Lucki W. (1995). *Zestaw prób do badania procesów poznawczych u pacjentów z uszkodzeniami mózgu*. Warszawa: Wyd. Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- McGlynn S. M. i Schacter D. L. (1989). *Unawareness of deficits in neuropsychological syndromes*. „Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology”, 2, 143–205.
- Misztal H. (2003). *Zmiany w jakości życia pacjenta po urazie czaszkowo-mózgowym*. W: A. Herzyk, B. Daniluk, M. Pachańska, B. D. MacQueen (red.), *Neuropsychologiczne konsekwencje urazów głowy. Jakość życia pacjentów* (s. 213–221). Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Nelson L., Satz P., D'Elia L. F. (1994). *Neuropsychological Behavior and Affect Profile. The Manual*. Palo Alto, California: Mind Garden.
- Nelson L., Satz P., Mitrushina M., Van Gorp W., Cicchetti D., Levis R., Van Lancker D. (1983). *Development and Validation of the Neuropsychological Behavioral and Affect Profile. Psychological Assessment*. „Journal of Consulting and Clinical Psychology”, 1, 4, 226–272.
- Owczarek K., Piątek M., Jędrzejczak J., Majkowski J. (1995). *Wpływ redukcji politerapii na funkcje poznawcze oraz na subiektywną ocenę poziomu codziennego funkcjonowania chorych na padaczkę*. „Epileptologia”, 3, 203–218.
- Ownsworth T., Clare L. (2006). *The association between awareness deficits and rehabilitation outcome following acquired brain injury*. „Clinical Psychology Review”, 26, 783–795.
- Ownsworth T. L., Fleming J. (2005). *The relative importance of metacognitive skills, emotional status and executive functioning in psychosocial adjustment following acquired brain injury*. „The Journal of Head Trauma Rehabilitation”, 20, 315–332.
- Prigatano G. P. (1999). *Principles of Neuropsychological Rehabilitation*. New York, Oxford: Oxford University Press.

- Prigatano G. P., Altman I.M. (1990). *Impaired awareness of behavioral limitations after traumatic brain injury*. „Archives Physical Medicine and Rehabilitation”, 71, 1058–1064.
- Starkstein S. E., Fedoroff J. P., Price T. R., Leiguarda R., Robinson R. G. (1992). *Anosognosia in patients with cerebrovascular lesions: a study of causative factors*. „Stroke”, 23(10), 1446–1453.
- Walzer T. A., Chmerinski E., Sabe L., Starkstein S. (1997). *Anosognosia for depressive symptoms in Alzheimer's disease*. „Journal of the Neurological Sciences”, 1, 150.
- Wrześniewski K., Sosnowski T. (1987). *Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (ISCL). Polska adaptacja STAI. Podręcznik*. Warszawa: PTP.

SUMMARY

Direct effects of brain injury coexist with the limited consciousness of cognitive deficits (especially in the acute stage). Some data indicate that the relationship occurs between the degree of patients' insight into their own deficits and their emotional functioning. The more patients get conscious of their own limitations, the more they become anxious, depressed and their self appraisal gets lower. In this study two groups of patients with limited or full insight into their own deficits of memory or attention were isolated. Selected aspects of emotional functioning, i.e. the level of anxiety and the mood (categorized as: general mental state, high/low mood, depressive or manic symptoms) were tested. The emotional state was judged by the patient and the member of the family. The results showed significant differences between the two groups of patients (with full or limited insight into cognitive impairments). The differences were found in general mental state, the degree of anxiety considered as a state, depressive symptoms showed after brain injury in the opinion of the patients, depressive symptoms showed before and after brain injury in the opinion of the family member. The correlations were different between various aspects of emotional functioning in the two groups of patients with full or limited insight into cognitive impairment.