

Czego można, a czego trzeba nauczyć ucząc diagnozy neuropsychologicznej

Beata Daniluk*

Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin

Aneta R. Borkowska

Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin

WHAT CAN AND WHAT SHOULD BE TAUGHT WHILE TEACHING NEUROPSYCHOLOGICAL DIAGNOSIS

The recent two decades have witnessed a continually growing interest in specialist neuropsychological diagnosis. Psychologists seek sources of knowledge and the possibilities of developing their diagnostic and therapeutic competences, which is a response to the growing demand on the part of patients with various forms of nervous system pathologies. The goal of teaching diagnosis from the perspective of clinical neuropsychology is to develop the trainee's clinical thinking and the ability to draw conclusions, based on the results of clinical studies, about the preserved and impaired mental processes in patients with brain dysfunctions. Teaching diagnosis should aim at developing diagnostic competences understood as resulting from exercising specific skills, from experience acquired while performing diagnostic procedures, and from theoretical reflection. A necessary element of the teaching process is to teach students theoretical (including psychological) knowledge in neuroscience and in neuropsychology, and to train specific practical skills. It is not possible to implement the suggested model of education of neuropsychologists as scientists-practitioners at the level of uniform Master's studies: this requires training as part of specialization in clinical psychology or postgraduate studies.

WPROWADZENIE

W 1987 r. wydana została pierwsza w Polsce pozycja naukowa poświęcona diagnozie neuropsychologicznej (Klimkowski i Herzyk, 1987). Jak podaje redaktor tomu prof. Marcei Klimkowski, publikacja powstała w odpowiedzi na potrzeby dydaktyczne zarówno studentów studiów stacjonarnych psychologicznych, jak i osób ubiegających się o specjalizację kliniczną. Po wielu latach, w 2000r. pojawiła się na rynku kolejna monografia (Borkowska i Szepietowska, 2000), poświęcona problematyce diagnozy neuropsychologicznej, która podobnie jak pierwsza, cieszyła się ogromnym powodzeniem na rynku. Zainteresowanie specjalistyczną diagnozą neuropsychologiczną nie tylko od tamtego czasu nie osłabło, ale wydaje się, że zapotrzebowanie na wiedzę, ale co ważniejsze, także umiejętności z tego zakresu wśród profesjonalistów, rośnie. Poszerza się także krąg odbiorców, pacjentów, osób chorych wymagających tego typu oceny. Wynika to z kilku istotnych powodów.

1. Ogromny postęp w medycynie, metodach leczenia, zwłaszcza ratowania życia powoduje zwiększenie po-

pulacji osób, które po przeżyciu incydentu mózgowego, pozostają niepełnosprawni i wymagają wielostronnej pomocy, także w zakresie wsparcia neuropsychologicznego. Przykład może stanowić grupa pacjentów po udarach krwotocznych i niedokrwieniowych, mająca obecnie znacznie większe szanse przeżycia. Jednocześnie dane epidemiologiczne wskazują na tendencję wzrostową liczby udarów, a także obniżanie się wieku chorych. Bez względu na położenie geograficzne udary mózgu stanowią główną przyczynę trwałego inwalidztwa w populacji osób dorosłych. Badania z lat 1970–1985 wskazują, że w większości krajów współczynnik umieralności uległ znacznemu zmniejszeniu od 4,5 do nawet 7%. W Polsce rocznie odnotowuje się 60 000 – 70 000 nowych zachorowań na udar mózgu. Wskazania przeżyciowe pokazują, że 70% chorych, którzy przeżyli ostry okres udaru mózgu to osoby niepełnosprawne. W grupie chorych, którzy przeżyli udar mózgu 1/3 umiera w ciągu roku od wystąpienia pierwszych objawów, a u 1/3 zostaje duży deficyt funkcjonalny (Kwolek, 2009). Udar u człowieka 30–40 letniego to ogromne wyzwanie dla wszystkich specjalistów pracujących na rzecz tego, aby zwiększyć szanse powrotu młodego człowieka do aktywności życiowej, w tym zawodowej.

2. Doniesienia na temat epidemiologii wypadków dzieci i młodzieży, w tym urazów czaszkowo-mózgowych wskazują, że współczynnik hospitalizacji z powodu ura-

* Korespondencję dotyczącą artykułu można kierować na adres: Beata Daniluk, Zakład Psychologii Klinicznej i Neuropsychologii, Instytut Psychologii UMCS, Plac Litewski 5, 20-080 Lublin.
e-mail: beatadaniluk@wp.pl

zów czaszkowo-mózgowych w Polsce w 1991 r. wynosił 110 na 100 000 mieszkańców w grupie od 0 do 14 lat, a 187 na 100 000 mieszkańców w grupie od 15 do 19 lat. Częstość urazów młodzieży szkolnej w Polsce w wieku 11–15 lat także wzrasta: z 18% w 1994 r. do 24% w 1998 r. Z innych doniesień wynika, że w Polsce w ciągu roku z powodu doznanych urazów czaszkowo-mózgowych i ich powikłań hospitalizowanych jest ok. 30 000 dzieci. Urazy czaszkowo-mózgowe w wieku dojrzałym są przyczyną zgonów po chorobach układu krążenia i nowotworach. Przyjmuje się, że około 75% wszystkich urazów głowy jest wynikiem wypadków komunikacyjnych, poza tym przyczyną są pobicia, nieszczęśliwe upadki, wypadki przy pracy, pierwotne utraty przytomności z przyczyn nieurazowych (Jędrzejewska i in. 2009).

3. Sukcesy medycyny widoczne są także w grupie najmłodszych pacjentów, dzieci urodzonych przedwcześnie. Dane epidemiologiczne z badań prowadzonych w Polsce wskazują, że 6.1% dzieci rodzi się z ciąży zakończonej przed 37 tyg. życia płodowego, 1–2% przed 32 tygodniem. Noworodki z bardzo niską wagą urodzeniową (poniżej 1500 g) to około 1% urodzeń, a ze skrajnie niską 550–999 g – 4%. Z powodu niedojrzałości wielu systemów funkcjonalnych wcześniaka (głównie układu krążenia i oddechowego), w tej grupie istnieje duże ryzyko wtórnych zakłóceń w rozwoju ośrodkowego układu nerwowego, czego konsekwencją są zaburzenia rozwojowe (Polak i in., 2008).

4. Dzieci z chorobami genetycznymi, z zaburzeniami prenatalnego rozwoju OUN (tzw. neurorozwojowymi) o różnej etiologii i obrazie klinicznym (np. autyzm, FAS, ADHD), po nieprawidłowym porodzie (niedotlenienie) stanowią kolejną grupę wymagającą konsultacji neuropsychologicznych (Borkowska i Domańska, 2006).

5. Subtelne deficyty poznawcze obiektywnie lub subiektywnie spostrzegane przez pacjentów są obecne także w chorobach somatycznych, które relatywnie niedawno zaczęły być traktowane jako źródło trudności o charakterze neuropsychologicznym i jako takie wymagały zastosowania diagnozy neuropsychologicznej. Szczególnie zasadne wydaje się takie podejście w chorobach kardiologicznych, w tym po operacjach z zastosowaniem krążenia pozaustrojowego, chorobach nerek (w tym u osób dializowanych), poważnych infekcjach wirusowych zwłaszcza zakażeniach wirusem HIV, w długotrwałym leczeniu onkologicznym, chorobach endokrynologicznych (Jodzio i Nyka 2008).

6. Rozwój neuropsychiatrii stawia także nowe wyzwania diagnozie neuropsychologicznej. Świadomość i wiedza na temat korelatów mózgowych, mechanizmów neuropsychologicznych kształtowania obrazu klinicznego chorób psychotycznych (np. schizofrenii), zaburzeń afektywnych (np. depresji), zaburzeń lękowych wspiera diagnostykę i pomaga w ukierunkowaniu oddziaływań terapeutycznych (Cummings i Mega, 2005; Jodzio i Nyka 2008).

7. Kolejną grupą chorych poddawanych diagnostyce neuropsychologicznej są osoby w wieku senioralnym za-

równo starzejące się, jak i z objawami problemów otępiennych, chorób neurodegeneracyjnych. Proces „starzenia się” społeczeństw wymaga przyjęcia odpowiednich procedur wspierania podtrzymywania zdrowia fizycznego oraz psychicznego takich osób. Prawidłowa diagnostyka ustalenie deficytów podstawowych, ale co niezwykle istotne, także zasobów mózgowych, potencjału do wykorzystania, możliwości uczenia się jest możliwe dzięki wykorzystaniu diagnozy neuropsychologicznej (Leszek, 2011).

Zmienia się zatem status diagnozy neuropsychologicznej i jej cele, choć podstawowe rodzaje diagnozy są nadal aktualne. Znacznie poszerza się jakościowo (więcej grup klinicznych), ale też ilościowo (zwiększająca się liczba osób) krąg odbiorców. Wzrastającym wyzwaniom muszą poddać specjaliści – osoby z pełnymi kompetencjami w omawianym obszarze działań.

Tradycyjnie, kompetencje z zakresu diagnozy neuropsychologicznej były potrzebne psychologom zatrudnionym na oddziałach neurologicznych i neurochirurgicznych. Dziś, efektem poszerzenia grona podmiotów diagnozy, jest wyraźna potrzeba pogłębiania kompetencji w tym zakresie u psychologów pracujących na szpitalnych oddziałach „somatycznych”, w ośrodkach terapeutycznych dla dzieci i młodzieży, także dorosłych, w oddziałach geriatrycznych, poradniach wczesnej interwencji dla dzieci z zaburzeniami neurorozwojowymi, oddziałach psychiatrycznych dla dorosłych oraz dla dzieci i młodzieży. Takie zróżnicowanie odbiorcy/klienta procesu diagnostycznego implikuje wielość celów, a zatem także rodzajów czy typów diagnozy.

Historycznie rzecz ujmując, pierwszym, głównym rodzajem oceny neuropsychologicznej, była diagnoza tzw. lokalizacyjna, lub szerzej organiczności. Biorąc pod uwagę wyniki testów, prób eksperymentalnych i obserwacji osoby badanej przeprowadzano tzw. analizę syndromologiczną. Ustalano defekt podstawowy, zespół objawów wtórnych i na tej podstawie wnioskowano o istnieniu podłoża mózgowego oraz lokalizowano źródło patologii. Wspomniany sposób wnioskowania aktualnie stracił uprzednie znaczenie, głównie ze względu na możliwości zastosowania nowoczesnych, precyzyjnych metod neuroobrazowania strukturalnego i funkcjonalnego, dające znacznie bardziej precyzyjne dane. Nie oznacza to jednak, że metody neuroobrazowania mózgu zastępują i w pełni zaspokajają potrzeby diagnostyki lokalizacyjnej. Istnieją bowiem sytuacje, gdy obserwuje się dysocjację pomiędzy obiektywnie opisywanym stanem mózgu, a stanem psychicznym/poznawczy/umysłowym. Może mieć ona dwojaki charakter. Stan mózgu może wskazywać na poważne zmiany sugerujące duże trudności w funkcjonowaniu, natomiast rzeczywista jakość przebiegu procesów psychicznych pacjenta w niewielkim stopniu odbiega od przeciętnej. Sytuacja odwrotna ma miejsce, gdy w kolejnych badaniach np. MRI nie stwierdza się dynamiki zmian, obraz mózgu wydaje się stabilny i niezmienny, tymczasem obraz kliniczny charakteryzuje się istotnym zróżnicowaniem w kolejnych odcinkach czasu. Zatem

diagnostyka neuropsychologiczna uzupełnia badania neurofunkcjonalne.

Znacząco, w porównaniu do diagnozy lokalizacyjnej, wzrosło znaczenie diagnozy funkcjonalnej czyli opisu i wyjaśniania funkcjonowania pacjenta, w tym charakterystyka mocnych i słabych stron, nasilenie trudności w różnych sferach, warunki kompensacji, możliwości wsparcia społecznego. Modyfikacją podejścia funkcjonalnego jest diagnoza ekologiczna pokazująca możliwości pacjenta w tzw. codziennym życiu, które mogą być znacząco odmienne, niż potencjał potwierdzany podczas rutynowej procedury. Rezultaty podejścia ekologicznego pokazują jakie pacjent włącza mechanizmy kompensacyjne, jak wykorzystuje nienaruszone zdolności i radzi sobie w życiowych sytuacjach, oraz w jaki sposób przystosował się do choroby. Podsumowując, zadania diagnozy neuropsychologicznej należy opisać w następujący sposób:

- a) charakterystyka mocnych i słabych stron funkcjonowania człowieka,
- b) ustalenie biologicznych korelatów (neurostrukturalnych, neurochemicznych) uzyskanych wyników badania neuropsychologicznego (stwierdzenie, nasilenie i lokalizacja zmian mózgowych),
- c) ustalenie które z objawów są wynikiem zmian strukturalnych, neurofunkcjonalnych czy czynników psychiatrycznych, a które czynników pozaneurologicznych,
- d) ocena zmian w czasie i prognoza rozwoju objawów oraz poprawy zachowania,
- e) sformułowanie zaleceń terapeutycznych, kierunków oddziaływań.

Powyższe zadania implikują wymagania wobec osoby wykonującej ocenę neuropsychologiczną. Powinna ona być w stanie oceniać, scharakteryzować i rozpoznać behawioralne, poznawcze, osobowościowe i psychiatryczne konsekwencje chorób neurologicznych i przypisać poprawnie behawioralne i poznawcze objawy przyczynom neurologicznym i pozaneurologicznym oraz ich zależnościom. Powołując się bowiem na definicję zawodu neuropsycholog kliniczny to „psycholog profesjonalnie wyszkolony w zakresie wiedzy/nauki o relacjach między mózgiem a zachowaniem, (...) specjalizujący się w stosowaniu metod oceny i zasad terapii opartych na naukowych badaniach zachowania człowieka w ciągu życia w relacji do prawidłowego i nieprawidłowego funkcjonowania ośrodkowego układu nerwowego” (Hannay i in., 1998, s. 161). Neuropsycholog kliniczny powinien posiadać umiejętności gromadzenia informacji, uwzględniając historię choroby i życia pacjenta, wyboru testu, przeprowadzenia badania, interpretacji wyników i stawiania diagnozy, planowania przebiegu terapii oraz sporządzania opinii.

Celem nauczania diagnozy w ujęciu neuropsychologii klinicznej jest rozwijanie myślenia klinicznego, kształtowanie umiejętności wnioskowania na podstawie wyników badań klinicznych o strukturze zachowanych i zaburzonych procesów psychicznych u osób z patologią mózgowia.

Kształcenie i szkolenie w zakresie neuropsychologii klinicznej powinno odbywać się zgodnie z modelem naukowca–praktyka (Hebben i Milberg, 2009). Model ten zakłada, że psycholog kliniczny powinien być kształcony najpierw jako naukowiec, a w dalszej kolejności jako praktyk. W odniesieniu do neuropsychologii model ten zakłada integrację wszystkich aspektów ogólnej wiedzy i praktyki psychologicznej i neuropsychologicznej.

Przygotowanie zawodowe musi zatem wykraczać daleko poza znajomość zależności mózgowie – zachowanie i obejmować wiedzę z zakresu szeroko rozumianej psychopatologii, a dodatkowo neuropsycholog powinien odznaczać się wrażliwością i rozumieniem kontekstu sytuacyjnego. Wykonanie zadań/prób czy testów neuropsychologicznych może być modyfikowane przez czynniki pozaneurologiczne, a choroby neurologiczne mogą przypominać, czy wręcz ich obraz kliniczny może być identyczny jak zaburzeń nieneurologicznych. I tak wysoki poziom lęku lub depresja może w znaczący sposób zmieniać/obniżać jakość wykonania zadań przy braku chorób neurologicznych, sugerując ich obecność, a z kolei pacjenci z uszkodzeniami czy też zmianami w pniu mózgu lub/i zwojach podstawy mogą mieć objawy niezwykle podobne do symptomów depresyjnych.

UMIĘTNOŚCI A KOMPETENCJE DIAGNOSTYCZNE

Umiejętności praktyczne kształtowane w procesie nauczania diagnozy odnoszą się do konkretnego działania (np. posługiwanie się narzędziami oceny neuropsychologicznej). Kompetencje mają szerszy wymiar, są bowiem efektem ćwiczenia określonych umiejętności, doświadczeń nabywanych w trakcie wykonywania czynności diagnostycznych, a także refleksji na temat tego, dlaczego w określonym przypadku (w konkretnej sytuacji diagnostycznej) należy postąpić w dany sposób (Okońska-Walkowicz i in., 2009). Kompetencje nie są zatem synonimem bogatego zestawu opanowanych na wysokim poziomie umiejętności, wymagają bowiem rozumienia i uzasadnienia określonych działań, refleksji w działaniu, a także refleksji nad działaniem. Takie podejście do nauczania diagnozy odpowiada jednemu z modeli uniwersyteckiej edukacji, zwanego „nowym profesjonalizmem” (Gołębnik, 2001). Nabywana podczas studiów wiedza teoretyczna ma stanowić podstawę rozumienia sytuacji i problemów diagnostycznych, z którymi psycholog styka się w swej praktyce, ma być źródłem hipotez diagnostycznych i podstawą rozumowania/myślenia klinicznego. Z kolei nabywane doświadczenie i krytyczna refleksja nad podjętym działaniem (wątpliwości diagnostyczne, nietypowe przypadki) powinny inicjować profesjonalny rozwój diagnosty. Takie podejście różni się zasadniczo od modelu kształcenia realizowanego według statycznej „filozofii plecaka”, zgodnie z którą im więcej wiedzy teoretycznej przekazanej w trakcie studiów, tym lepsze przygotowanie do wykonywania zawodu w przyszłości (Gołębnik, 2001). Podawana w procesie nauczania wiedza ma w tym przypadku formę już ustrukturywaną,

często przybiera postać „recept na każdy problem kliniczny” i nie jest poddawana krytycznej refleksji, ani też weryfikacji w praktyce (Paluchowski, 2001).

Nauczanie diagnozy, jeśli ma zmierzać do kształtowania kompetencji diagnostycznych powinno wiązać się z przekazaniem słuchaczom wiedzy teoretycznej niezbędnej do nabycia tych kompetencji, z wyposażeniem w konkretne umiejętności praktyczne, a także powinno być realizowane z zastosowaniem odpowiednich metod dydaktycznych.

WIEDZA JAKO PODSTAWOWY WARUNEK POSTĘPOWANIA DIAGNOSTYCZNEGO

Interdyscyplinarny charakter neuropsychologii nakłada na diagnostę konieczność sprawnego i elastycznego wykorzystywania wiedzy z różnych dziedzin. Nauczanie diagnozy neuropsychologicznej powinno więc bazować na teoretycznej wiedzy z zakresu psychologii, wyjaśniającej na poziomie ogólnym mechanizmy zachowania człowieka, a także strukturę i psychologiczną organizację procesów poznawczych i emocjonalno-motywacyjnych. Znajomość nowoczesnych koncepcji takich funkcji jak uwaga, pamięć i język jest bowiem niezbędna do interpretacji rezultatów większości narzędzi neuropsychologicznych i poprawnego wyjaśniania istoty zaburzeń. Innym źródłem wiedzy istotnej dla psychologa/neuropsychologa są nauki o układzie nerwowym (*neuroscience*). Z oczywistych względów, skoro podmiotem oddziaływań diagnostycznych i rehabilitacyjnych są osoby z patologią mózgowia, konieczna jest znajomość neuroanatomii (strukturalnej i czynnościowej), a także neurologii i symptomatologii schorzeń układu nerwowego oraz metod obrazowania struktury i funkcji mózgu. Dodatkowym zagadnieniem jest również opis chorób nieneurologicznych (układowych), które prowadzą do dysfunkcji OUN (np. cukrzyca, choroby nefrologiczne, infekcje wirusowe, choroby endokrynologiczne). Dopełnieniem teoretycznego wyposażenia diagnosty jest znajomość koncepcji neuropsychologicznych wyjaśniających relacje między funkcjonowaniem mózgu a zachowaniem człowieka, a także charakterystyk obrazu klinicznego tzw. zespołów neuropsychologicznych (Kądziaława, 2002; Jodzio, 2011). Podejmowanie decyzji klinicznych zarówno w psychologii klinicznej, jak i neuropsychologii wymaga także wiedzy z zakresu metodologii badań, zrozumienia podstawowych pojęć statystycznych i psychometrycznych, znajomości procedur normalizacji i standaryzacji metod testowych, a także umiejętności wykorzystania danych normatywnych w konstruowaniu ocen klinicznych (Hebben i Milberg, 2009).

UMIĘTNOŚCI – CZYLI, O WARSZTACIE DIAGNOSTYCZNYM

Stałym elementem nauczania diagnozy neuropsychologicznej jest zapoznanie słuchaczy z procedurami postępowania diagnostycznego. W diagnozie neuropsychologicznej proponuje się dwa zasadnicze podejścia

metodologiczne: podejście psychometryczne (ilościowe, aktuarialne) oraz podejście kliniczno-eksperymentalne (jakościowe). Współcześnie dopuszcza się możliwość łączenia obu modeli. Główne różnice między wymienionymi ujęciami dotyczą: przesłanek postępowania diagnostycznego, rodzaju i sposobu zbierania danych oraz roli diagnosty (Geller i Kość, 1978). Podejście aktuarialne zakłada możliwość pomiaru zjawisk psychicznych i ich przejawów w zachowaniu człowieka. Podstawowym narzędziem diagnostycznym są testy, dostarczające ilościowych danych umożliwiających stwierdzenie występowania zaburzeń określonych funkcji oraz ocenę ich głębokości. O efektach diagnozy przesadzają właściwości psychometryczne narzędzia (zadowalająca trafność, rzetelność, standaryzacja i normalizacja) oraz stopień opanowania przez diagnostę techniki badania. Rola diagnosty w podejściu aktuarialnym jest bardzo ograniczona i sprowadza się do ścisłego przestrzegania instrukcji testowej w zakresie procedury przeprowadzenia badania oraz analizy i interpretacji wyników testowych. Oprócz testów służących ocenie specyficznych funkcji psychicznych, w neuropsychologii stosuje się również baterie testowe pozwalające na kompleksowy i wieloaspektowy pomiar różnych procesów psychicznych ulegających zakłóceniu w efekcie uszkodzenia mózgu (Kądziaława, 2002).

Nauczanie stosowania metod psychometrycznych wymaga nie tylko opanowania techniki przeprowadzenia testu, ale także podstawowej wiedzy z dziedziny statystyki, psychometrii i metodologii badań. O wyborze narzędzi diagnostycznych decyduje głównie cel diagnozy i rodzaj problemu klinicznego. Zależy to również oczywiście od zestawu narzędzi, które zna i którymi posługuje się diagnosta. Znaczenie doboru odpowiednich testów w postępowaniu diagnostycznym dobrze oddaje popularny w neuropsychologii aksjomat, zgodnie z którym „nie można stwierdzić, czy dana funkcja mózgu jest zaburzona, dopóki się tej funkcji nie zbada” (Walsh i Darby, 2008). Diagnosta może więc zdecydować o zastosowaniu stałej grupy testów oczekując, że dostarczą one informacji niezbędnych do rozstrzygnięcia postawionych pytań. Może także w postępowaniu wieloetapowym, sekwencyjnym, po wstępnej weryfikacji hipotez na podstawie pierwotnego zestawu, wybrać specyficzne testy by uzyskać oczekiwane odpowiedzi. Istotne jest zatem jaki pierwotny zestaw testów wybiera diagnosta, ponieważ wybór narzędzi, które nie mają związku z danym problemem klinicznym, a są przez psychologa wykorzystywane niejako standardowo, niezależnie od rodzaju przypadku, jest z góry skazany na dostarczenie negatywnych wyników (Walsh i Darby, 2008).

W podejściu kliniczno-eksperymentalnym sposób postępowania diagnostycznego wyznaczają koncepcja funkcjonowania mózgu oraz psychologiczna teoria wyjaśniająca strukturę procesów psychicznych. Źródłem jakościowych danych o pacjencie jest eksperyment kliniczny, będący metodą niestandardowaną, preferującą indywidualny styl pracy z pacjentem, dostosowany do możliwości badanego i wymagań sytuacji diagnostycznej. Diagnostę interesuje indywidualny profil możliwości pacjenta w zakre-

sie wybranych funkcji psychicznych (a nie ocena osoby badanej na tle populacji) oraz dynamiczny obraz zmian funkcjonowania pacjenta w zakresie różnych procesów psychicznych. Zgodnie z podejściem kliniczno-eksperymentalnym, analizując wyniki prób eksperymentalnych psycholog zwraca uwagę nie tyle na to, czy badany wykonał zadanie, czy też nie, ale jakie popełnił błędy, z czym miał trudności, jakie stosował strategie kompensowania deficytów i radzenia sobie w sytuacjach zadaniowych. W tak zorganizowanym postępowaniu diagnostycznym, przy braku zobiektywizowanych systemów oceny, osoba diagnosty staje się niejako „narzędziem” oceny neuropsychologicznej. Podejście jakościowe wymaga od diagnosty nie tylko specjalistycznej wiedzy, ale także doświadczenia klinicznego, elastyczności w postępowaniu z pacjentem, ale również intuicji diagnostycznej (Jodzio, 2011).

Nauczanie diagnozy neuropsychologicznej to nie tylko wyposażanie słuchaczy w umiejętności posługiwania się testami i próbami klinicznymi, ale również, a może przede wszystkim, to kształtowanie umiejętności wnioskowania diagnostycznego. Jest to bardzo istotna kwestia, ponieważ przeważająca wśród studentów tendencja do systematycznego zbierania jak największej ilości informacji o pacjencie, pochodzących z wielu źródeł (wywiad kliniczny, obserwacja, testy psychologiczne, próby eksperymentalno-kliniczne), bez dostatecznej refleksji nad ich jakością i przydatnością, jest przykładem nieefektywnej strategii konstruowania diagnozy.

W literaturze opisywane są różnorodne podejścia teoretyczne do wnioskowania klinicznego, wśród nich: teoria podejmowania decyzji, teoria prawdopodobieństwa warunkowanego zdarzeń, a także teorie przetwarzania informacji (Round, 2001). Wybór modelu rozwiązywania problemów klinicznych może się zmieniać w zależności od charakteru sformułowanych pytań, indywidualnego doświadczenia diagnosty i posiadanej wiedzy. W praktyce klinicznej, a także w badaniach psychologicznych, najczęściej stosuje się strategię hipotetyczno-dedukcyjną. Pierwszy kontakt traktowany jest tu jako podstawa formułowania ograniczonej liczby wstępnych hipotez, które ukierunkowują proces dalszego gromadzenia danych o pacjencie. Zdobywane informacje są interpretowane w świetle postawionych hipotez potwierdzając je lub podważając. Poszczególne hipotezy są stale oceniane i mogą być modyfikowane w miarę pojawiania się nowych faktów, czy ujawniania błędów we wnioskowaniu, aż do etapu, w którym psycholog będzie gotowy sformułować diagnozę (Round, 2001). Hipotezy robocze formułowane są nie tylko na podstawie wstępnych obserwacji i rozmów, ale także na podstawie uogólnień pochodzących z prezentowanych w literaturze badań. Jak pisze Kevin Walsh „(...) dzięki zbieżności wyników z różnych kierunków badań, uogólnienia te stają się pewniejsze, co ułatwia rozstrzygającą weryfikację różnych hipotez (...)” (Walsh i Darby, 2008 s. 366). Stosowanie we wnioskowaniu klinicznym podejścia hipotetyczno-dedukcyjnego wymaga biegłego posługiwania się różnymi narzędziami diagnostycznymi, gdyż w wielu przypadkach stanowi to

warunek sprawnego sprawdzania i ewentualnego wykluczenia poszczególnych hipotez diagnostycznych.

Strategia hipotetyczno-dedukcyjna wydaje się czasochłonna, jednak wraz ze zdobywaniem doświadczeń klinicznych diagnosta dostrzega, które hipotezy są bardziej prawdopodobne w określonych przypadkach i jakie narzędzia oceny należy wówczas zastosować by zebrać istotne dane. Proces ten z czasem ulega automatyzacji, przebiega jakby *implicite* i tym samym staje się bardziej ekonomiczny. Wadą, czy też niebezpieczeństwem tego postępowania bywa jednak tendencyjne nastawienie diagnosty, polegające na poszukiwaniu głównie danych potwierdzających postawione hipotezy, a nie weryfikujących je niezależnie od efektu (Round, 2001).

Z kształtowaniem rozumowania klinicznego wiąże się postulowana przez Walsh i Darby'ego (2008) kazuistyczna metoda nauczania, powszechnie stosowana w medycynie a z powodzeniem aplikowana w diagnozie neuropsychologicznej. Opiera się ona na metodzie skrajnych przypadków Kraepelina. Jest to postępowanie, w którym na wstępnym etapie kształcenia prezentuje się i omawia tzw. „czyste przypadki” (przypadki skrajne), charakteryzując zarówno obraz kliniczny zaburzeń, jak i wskazując deficyty, czy też trudności ujawniane przez pacjenta podczas wykonywania testów/zadań neuropsychologicznych (Walsh, 2001). Na kolejnym etapie wprowadza się bardziej skomplikowane przypadki i warianty zespołów, z jakimi przyszedł diagnosta może zetknąć się w praktyce klinicznej. Takie postępowanie pozwala nabywać zarówno umiejętności rozpoznawania charakterystycznych syndromów objawów, ale także uwrażliwia na pojawianie się symptomów mniej spektakularnych, nietypowych (Walsh, 2001).

Odzwierciedlenie kazuistycznej metody nauczania odnaleźć można w konstrukcji dwóch popularnych podręczników neuropsychologii klinicznej „Neuropsychologia kliniczna Walsha” (Walsh i Darby, 2008) oraz „Jak rozumieć uszkodzenia mózgu. Podstawy diagnozy neuropsychologicznej” (Walsh, 2001). Formę monografii poświęconą studiom przypadków mają także „Classic Cases in Neuropsychology” (Code i in., 1996) oraz „Casebook of Clinical Neuropsychology” (Morgan, Baron i Ricker, 2011). Stanowią one swoistą „bazę przypadków”, która umożliwia adeptom neuropsychologii zdobywanie umiejętności rozwiązywania problemów klinicznych, a co się z tym wiąże korektę formułowanych hipotez, a także dostrzegania nowych aspektów zachowania pacjenta. Zawarte w takim zbiorze przykłady typowych przypadków mają dużą wartość dla rozwijania wiedzy o patognomicznych objawach dysfunkcji mózgowych, zaś różnorodność przejawiania się symptomów określonych zaburzeń pozwala na zdobycie orientacji co do zakresu i złożoności patologii spotykanej w praktyce klinicznej (Walsh, 2001).

ZAKOŃCZENIE

Charakteryzując w artykule postulowany i realizowany w Instytucie Psychologii UMCS model kształcenia

neuropsychologów akcentujemy cele i zakładane efekty kształcenia. Wydaje się to ważniejsze niż opis programu, przedmiotów i liczby godzin. Ponieważ czasem warto wspomnieć nawet oczywistości, podkreślić należy, że diagnozę wykonuje człowiek. Jego kompetencje, w tym tak podkreślane przez nas umiejętności wnioskowania, decydują o poprawności, efektywności i konsekwencjach diagnozy neuropsychologicznej.

Realizowanie postulowanego modelu edukacji neuropsychologów jako naukowców–praktyków nie jest możliwe na poziomie jednolitych magisterskich studiów psychologicznych. Aby jednak optymalnie kształcić słuchaczy po uzyskaniu przez nich magisterium z zakresu psychologii, konieczne jest odpowiednie przygotowanie w trakcie studiów podstawowych. Istotne wydają się trzy kwestie: 1) wyposażenie każdego absolwenta studiów psychologicznych w wiedzę z zakresu biologicznych podstaw zachowania, ze szczególnym uwzględnieniem anatomii i fizjologii układu nerwowego, oraz psychologicznej struktury procesów psychicznych ze wskazaniem na złożoność i wzajemne zależności funkcjonalne pomiędzy nimi; 2) zwrócenie uwagi, już podczas nauczania metodologii diagnozy psychologicznej, na uczenie myślenia diagnostycznego, wnioskowania, stosowania metody hipotetyczno-dedukcyjnej, stawiania hipotez i ich weryfikacji w procesie diagnostycznym; 3) kształtowanie umiejętności przeprowadzania wywiadu i rozmowy psychologicznej oraz dokonywania obserwacji. Opanowanie wskazanej wiedzy i umiejętności, będzie niespecyficzną bazą dla dalszego rozwoju szczegółowych kompetencji w zakresie diagnozy neuropsychologicznej.

Uzyskiwanie kompetencji diagnostyczno-terapeutycznych zgodnych z zakładanym modelem kształcenia neuropsychologów możliwe jest w ramach specjalizacji w psychologii klinicznej lub studiów podyplomowych. Program specjalizacji w psychologii klinicznej składa się z dwóch części: specjalistycznego bloku podstawowego i specjalistycznego bloku szczegółowego, przy czym dopiero ten drugi pozwala na uzyskanie kompetencji zawodowych neuropsychologa klinicznego.

Drugim sposobem kształcenia w dziedzinie neuropsychologii klinicznej dostępnym psychologom są kwalifikacyjne studia podyplomowe „Diagnoza i terapia neuropsychologiczna” realizowane przez Instytut Psychologii UMCS w Lublinie. Celem studiów jest rozwój kompetencji diagnostyczno-terapeutycznych niezbędnych w pracy z dziećmi, młodzieżą i osobami dorosłymi ze schorzeniami układu nerwowego. Studia zapewniają teoretyczne i praktyczne przygotowanie do pracy diagnostycznej i terapeutycznej z osobami z deficytami neuropsychologicznymi oraz wyposażenie w wiedzę pomocną przy uzyskaniu stopnia specjalizacji w psychologii klinicznej.

Istniejące możliwości kształcenia neuropsychologów zwiększają szanse pacjentów z patologią układu nerwowego na uzyskanie profesjonalnej, rzetelnej diagnozy i efektywnej fachowej pomocy.

LITERATURA

- Borkowska, A., Domańska, Ł. (red). (2006). *Neuropsychologia kliniczna dziecka*. Warszawa: PWN.
- Borkowska, A., Szepietowska, M.E. (red). (2000). *Diagnoza neuropsychologiczna. Metodologia i metodyka*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Code, C., Wallesch, C.W., Joannette, Y. Lecours, A.R. (1996). *Classic cases in neuropsychology*. Routledge: Psychology Press, Taylor &
- Cummings, J.L., Mega, M.S. (2005). *Neuropsychiatry*. Wrocław: Elsevier Urban&Partner.
- Geller, S., Kość, Z. (1978). Diagnoza kliniczna a diagnoza psychometryczna. W: L. Wołoszynowa (red.), *Materiały do nauczania psychologii* (III, 3, s. 365–387). Warszawa: PWN.
- Gołębniak, B.D. (2001). Ku pedeutologii refleksyjnej: od agresywnej pewności siebie do łagodnej perswazji. *Człowiek – Teraźniejszość – Edukacja, nr specjalny*, 203–222.
- Hannay, H.J., Bieliauskas, L., Crosson, B.A., Hammeke, T.A., deS. Hamsher, K., Koffler, S. (1998). Proceedings of the Houston Conference on Specialty Training in Clinical Neuropsychology, September 3–7, 1997. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 13, 157–249.
- Hebben, N., Milberg, W. (2009). *Essentials of neuropsychological assessment*. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Jędrzejewska, A., Dobosiewicz, K., Ickowicz, I., Majka, W., Flak, M., Szota, M., Czernicki, K., Dyrer-Jama, I., Walusiak, M., Pająk, J., Bugała-Szpak, J., Durniała, J. (2009). Usprawnianie dzieci po przebytych urazach czaszkowo-mózgowych ze szczególnym uwzględnieniem metody stymulacji odruchowej Hieronima Powiertowskiego. Doniesienie wstępne. *Wiadomości Lekarskie, LXII, 1*, 3–10.
- Jodzio, K. (2011). *Diagnostyka neuropsychologiczna w praktyce klinicznej*. Warszawa: Wyd. Difin.
- Jodzio, K., Nyka, W.M. (red). (2008). *Neuropsychologia medyczna. Wybrane zagadnienia*. Sopot: Wyd. Arche.
- Kądziaława, D. (2002). Neuropsychologia. W: A. Bilikiewicz, S. Pużyński, J. Rybakowski, J. Wciórka (red.), *Psychiatria, tom 1: Podstawy psychiatrii* (s. 273–388). Wrocław: Elsevier Urban & Partner.
- Klimkowski, M., Herzyk, A. (red). (1987). *Diagnoza neuropsychologiczna. Przegląd zagadnień*. Lublin: Wyd. UMCS.
- Kwolek, A. (2009). *Rehabilitacja w udarze mózgu*. Rzeszów: Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego.
- Leszek, J. (red). (2011). *Choroby ołpeienne. Teoria i praktyka*. Wrocław: Wyd. Continuo.
- Morgan, J.E., Baron, I.S., Ricker, J.H. (2011). *Casebook of clinical neuropsychology*. New York: Oxford University Press, Inc.
- Okońska-Walkowicz, A., Plebańska, M., Szaleniec, H. (2009). *O kompetencjach kluczowych, e-learningu i metodzie projektów*. Warszawa: WSiP.
- Paluchowski, W.J. (2001). *Diagnoza psychologiczna. Podejście ilościowe i jakościowe*. Warszawa: Wyd. Scholar.
- Polak, K., Rutkowska, M., Helwich, E., Kulakowska, Z., Jeziorek, A., Szamotulska, K. (2008). Współczesne poglądy na mózgowy porażenie dziecięce u noworodków przedwcześnie urodzonych na podstawie przeglądu piśmiennictwa i obserwacji prowadzonych w ramach badania PREMATURITAS*. *Medycyna Wieku Rozwojowego*, 12, 4, cz. I, 942–949.
- Round, A. (2001). Introduction to clinical reasoning. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 7, 2, 109–117.
- Walsh, K. (2001). *Jak rozumieć uszkodzenia mózgu. Podstawy diagnozy neuropsychologicznej*. Warszawa: IPiN.
- Walsh, K., Darby, D. (2008). *Neuropsychologia kliniczna Walsha*. Gdańsk: GWP.