

## **Wartość pomiaru samoopisowego w diagnostyce neuropsychologicznej pacjentów z uszkodzeniem mózgu**

### **The value of self-report methods in neuropsychological diagnostics of patients after brain injury**

Magdalena Roessler-Górecka, Szczepan Iwański, Joanna Seniów

Pracownia Neuropsychologii Klinicznej, II Klinika Neurologiczna, IPiN w Warszawie  
Kierownik: prof. dr hab. med. A. Członkowska

#### **Summary**

Self-report methods are commonly applied in medicine and psychology. However, their diagnostic value in assessment of patients with acquired brain damage can be limited due to a number of various difficulties encountered by these patients, including cognitive disorders, fatigue, similarity of psychopathological and somatic symptoms, psychological reaction to the disease and limited or lack of insight (anosognosia).

In our article we highlight the most important limitations of application of popular frequently used questionnaires in evaluation of brain-injured patients. We also discuss the possible ways of adjusting self-report techniques to requirements of diagnostic process in this clinical population. Proposed modifications refer to, among others, specific construction of diagnostic tools (appropriate content and number of questions, methods of measuring responses), collecting information from relatives, using questionnaires along with more objective measures, and controlling conditions in which the assessment is carried out. Although relying only on self-report methods can be misleading, for an aware clinician it is still an important source of data on patient's subjective opinion and on the way they experience their symptoms.

**Słowa kluczowe:** uszkodzenie mózgu, kwestionariusz, samoświadomość

**Key words:** brain injury, questionnaire, self-awareness

#### **Wstęp**

Popularność samoopisowych metod pomiaru psychologicznego w różnych dziedzinach klinicznych wzrasta. Oprócz długiej tradycji ich stosowania w psychiatrii, od kilku dekad obserwuje się też dynamiczny rozwój tego typu badań w innych dziedzinach medycznych, np. w ocenie związku objawów somatycznych ze zmiennymi psychologicznymi i społecznymi w internie, kardiologii czy onkologii [1]. Również w neurologii coraz częściej wykorzystuje się metody samoopisowe, m.in. w odniesieniu do dysfunkcji poznawczych, wykonawczych, stanów emocjonalno-afektywnych, a także efektów rehabilitacji i jakości życia [2].

Rozważania zawarte w niniejszym artykule nie dotyczą formalnych cech określonych narzędzi diagnostycznych, opisywanych zazwyczaj w podręcznikach testowych, czy procesu badawczego w psychologii. Odnoszą się natomiast do niektórych praktycznych problemów wiążących się z wybieraniem przez klinicystę rodzaju pomiaru zmiennych poznawczo-behawioralnych, którego wynik będzie on interpretował w kategoriach określonej dysfunkcji szeroko rozumianego zachowania chorego.

Chorzy z uszkodzeniem mózgu, z racji specyfiki swoich objawów, stanowią szczególną grupę wymagającą odpowiedniej metody oceny zmiennych psychologicznych. W praktyce zdarza się, że są oceniani za pomocą metod nieadekwatnie dobranych do problemu klinicznego, między innymi z powodu ograniczenia w Polsce dostępu do wielu testów znanych na świecie, powszechnego braku narzędzi opartych na współczesnych teoriach neuropsychologicznych, jak również mierzących zmienne będące konstruktami teoretycznymi niedawno wprowadzonymi do psychologii (np. funkcje wykonawcze). W ocenie pacjentów neurologicznych częste jest stosowanie testów pierwotnie zaprojektowanych dla osób zdrowych lub na przykład z chorobami psychicznymi, a nie dla chorych z uszkodzeniami mózgu.

### **Wpływ objawów strukturalnego uszkodzenia mózgu na wyniki narzędzi samoopisowych**

#### **Deficyty poznawcze i wykonawcze**

Modelową sytuacją nabytego strukturalnego uszkodzenia mózgu są udary, w konsekwencji których nawet do 80% chorych (zależnie od przyjętych kryteriów i czułości pomiaru, a także fazy zdrowienia) stwierdza się jakiś typ zaburzeń poznawczych lub wykonawczych. Są to głównie dysfunkcje percepcyjne, pamięciowe, uwagowe, językowe, konstrukcyjne lub dotyczące funkcji kontrolno-zarządzających) [3]. Również w przypadku urazów czaszkowo-mózgowych szacuje się, że ok. 60% pacjentów prezentuje zaburzenia poznawcze o różnym charakterze i nasileniu. Nawet w sytuacji łagodnych urazów mózgu u 43% analizowanych chorych stwierdzano deficyty w tej sferze [4]. Poza uszkodzeniami ogniskowymi, w wielu neurologicznych chorobach zwyrodnieniowych, zapalnych, metabolicznych oraz nowotworowych deterioracja poznawcza jest jednym z istotnych elementów obrazu klinicznego. W chorobach niepostępujących, w efekcie spontanicznych procesów samonaprawczych oraz odpowiednich interwencji terapeutycznych wymienione objawy mogą stopniowo ustępować (zwłaszcza w czasie pierwszych 3–6 miesięcy po zachorowaniu), jednak u wielu osób zaburzenia są względnie utrwalone, mimo otrzymywanej rehabilitacji.

Zależnie od swojego charakteru i nasilenia dysfunkcje poznawcze różnie wpływają na wiarygodność oceny własnego funkcjonowania w pomiarach samoopisowych. Dla wielu chorych trudność stanowi precyzyjne zrozumienie treści zawartych w narzędziu pomiaru (kwestionariuszu, skali itd.). W przypadku udaru mózgu około jedna trzecia pacjentów [3], przynajmniej przez pewien czas, doświadcza zespołu afazji, czyli zaburzenia tworzenia i rozumienia wypowiedzi zarówno w języku mówionym, jak i pisanym. Nawet niewielkie nasilenie takich dysfunkcji może powodować niezrozumienie

treści pytań, zwłaszcza dłuższych, o złożonych konstrukcjach gramatyczno-logicznych. Utrudnienie czytania pytań może wynikać też z pierwotnych zaburzeń spostrzegania wzrokowego (agnozje) oraz z zaburzeń percepcji wtórnych do dysfunkcji uwagi, w tym uwagi przestrzennej, ujawniających się jako zaniedbywanie stronne. Odpowiedzi pisemne w kwestionariuszu mogą być zniekształcone poprzez reakcje impulsywne, perseweracyjne oraz zaburzenia wnioskowania przyczynowo-skutkowego. Te ostatnie szczególnie często ujawniane są przez pacjentów z uszkodzeniami przedczołowych struktur mózgu. Podanie określonych informacji, np. o subiektywnie przeżywanych stanach emocjonalno-afektywnych (czasem w podanym przedziale czasowym), jest nierozdzielnie związane z ich zapamiętywaniem, ze zdolnością rozróżniania sytuacji aktualnej i przeszłej oraz możliwością wyobrażenia sobie tych stanów. Można zatem spodziewać się pewnych trudności w samoopisie również w przypadku pacjentów prezentujących amnezje lub zaburzenia myślenia abstrakcyjnego.

#### Zaburzenia samoświadomości (self-awareness)

Metody samoopisowe wymagają od badanego wglądu we własne funkcjonowanie, w tym rozpoznawania u siebie deficytów chorobowych i zachowanych zdolności oraz autorefleksji w wymiarze indywidualnym, a często także społecznym. Funkcje te traktowane są w neuropsychologii jako metapoznawcze (metacognitive functions), a ich korowo-podkorowa organizacja neuronalna jest niezwykle złożona i ciągle nie w pełni poznana. Ulegają zakłóceniu zarówno w wyniku neurofizjologicznej, jak i strukturalnej patologii mózgu, ogniskowej lub rozsianej. Deficyty w zakresie samoświadomości relatywnie najczęściej obserwuje się przy uszkodzeniach systemów przedczołowych, ale też skroniowo-ciemieniowo-potylicznych asocjacyjnych części kory obu półkul [5]. Zależnie od lokalizacji i rozmiarów uszkodzenia ograniczenie samoświadomości może mieć różne nasilenie i dotyczyć wielu lub tylko wybranych domen funkcjonowania. W swej najbardziej uderzającej postaci (tzw. anozognozja) może przybierać formę zaprzeczania tak ewidentnym objawom chorobowym, jak niedowład połowiczny, ślepotę korową (zespół Antona), afazja sensoryczna lub amnezja [6]. Często obserwowanym problemem w klinice jest niedoszacowywanie przez pacjentów nabytych wskutek choroby deficytów poznawczych, jak również dysfunkcji wykonawczych i emocjonalno-afektywnych [7]. Przykładowo, Prigatano i Altman [8] wykazali, że pacjenci z obustronnymi uszkodzeniami czołowymi wyraźnie przeceniali swoje umiejętności w kontaktach interpersonalnych. Z kolei w badaniu Seniów i wsp. [9] pacjenci z neurologiczną postacią choroby Wilsona w samoopisowym kwestionariuszu objawów HSCL (Hopkins Symptoms Check List) przypisywali sobie niższą agresywność i nadwrażliwość interpersonalną niż zdrowe osoby kontrolne, choć członkowie rodzin badanych chorych podkreślali właśnie ich podwyższoną drażliwość i konfliktowość. Alderman i wsp. [10] zwracają również uwagę na to, że generalna tendencja pacjentów z uszkodzeniami mózgu do niedoceniania lub zaprzeczania swoim objawom chorobowym może zniekształcać nie tylko ocenę faktycznego funkcjonowania, ale również subiektywną ocenę efektów rehabilitacji.

### Zaburzenia emocji i afektu

Badania naukowe i obserwacje kliniczne powszechnie potwierdzają wpływ czynników emocjonalno-afektywnych na pomiar różnych zmiennych behawioralnych. Istnieje np. pozytywna zależność między nasileniem doświadczanego lęku oraz liczbą zgłaszanych dolegliwości chorobowych. Praca Sumpter i McMillana [11] dowodzi, że w populacji osób z uszkodzeniem mózgu może dochodzić nie tylko do niedoszacowania rzeczywistych problemów, ale także ich wyolbrzymiania (agrawacji). Nolin i wsp. [12] zbadali 34 pacjentów po ciężkich urazach czaszkowo-mózgowych, używając kwestionariuszy dotyczących zespołu stresu pourazowego (posttraumatic stress disorder – PTSD) i stwierdzili, że 59% chorych – w świetle uzyskanych wyników – spełniało kryteria tej ostatniej jednostki klinicznej. Jednak specyficzny tematycznie wywiad kliniczny potwierdził cechy PTSD tylko u 3% tych samych badanych. Autorzy jako hipotetyczne przyczyny takiej rozbieżności wyników przyjmują m.in. deficyty uwagi i patologiczny konkretyzm w myśleniu badanych, które to cechy prawdopodobnie wpłynęły na odpowiedzi w kwestionariuszu. Obraz zaburzeń będących konsekwencją zachorowania bywa wyolbrzymiany również ze względu na obserwowaną u wielu pacjentów tendencję do pomniejszania trudności w funkcjonowaniu, których doświadczali już jako osoby zdrowe (przed chorobą) i wiązania wszelkich aktualnych problemów z nabytym uszkodzeniem mózgu [12]. Poza tym część symptomów organicznej patologii mózgu może być podobna do dysfunkcji psychogennych (reakcja emocjonalna na okoliczności zachorowania, np. wypadek komunikacyjny, pobicie itp.). Pierwotna przyczyna tych niespecyficznych objawów (takich jak zaburzenia snu, drażliwość, podwyższona męczliwość, labilność nastroju) jest często trudna do ustalenia (bezpośredni skutek organicznej patologii mózgu vs. objawy psychogenne bądź nawarstwienie jednych na drugie). Jej rozpoznanie wymaga szczegółowej diagnostyki różnicowej, która nie może być oparta tylko na pomiarze samoopisowym.

### Specyfika symptomów uszkodzenia mózgu

Wiele typowych pytań diagnostycznych w kwestionariuszach dotyczących stanu psychicznego odnosi się do objawów, które u pacjentów z uszkodzeniem mózgu stanowią bezpośrednie skutki nabytej patologii (np. drżenia, zaburzenia czucia, adynamia, różnie zlokalizowane bóle), a nie symptomy pierwotnie psychogenne. Niektóre deficyty neurologiczne mogą fałszywie sugerować depresję, np. hipomimia, apatia i inne zaburzenia napędowo-motywacyjne. Zakłócenia ekspresji emocji, bez rzeczywistych zaburzeń ich przeżywania (np. tak zwany przymusowy śmiech i płacz), nazywane czasem „pseuoemocjami” lub – w przypadku płaczu – „pseudodepresją” [13] wprowadzają dodatkowy element mogący zafałszować rzetelną ocenę stanu emocjonalno-afektywnego.

Na problem podobieństwa symptomów chorobowych o przyczynie pierwotnie organicznej vs. psychogennej zwraca uwagę m.in. Lezak i wsp. [14] na przykładzie Skali Depresji Becka. Aż jedna trzecia pytań tego popularnego kwestionariusza samoopisowego odnosi się wprost do objawów somatycznych (np. utrata wagi, wzmożona

męczliwość), co może prowadzić czasem do błędnej interpretacji wyników, szczególnie w przypadku pacjentów neurologicznych bądź internistycznych, ze schorzeniami powodującymi takie właśnie dolegliwości. Gordon i wsp. [14] w badaniach przeprowadzonych z udziałem chorych po udarze mózgu wykazali, że te pozycje wspomnianego narzędzia, które dotyczą objawów somatycznych, słabiej korelują z wynikami całej skali niż pozostałe, a zatem w przypadku omawianej grupy pacjentów są mało diagnostyczne z punktu widzenia oceny nastroju.

Innym wyrazistym przykładem jest popularny Minnesocki Wielowymiarowy Kwestionariusz do Badania Osobowości (Minnesota Multiphasic Personality Inventory – MMPI), w którym liczne pytania dotyczące objawów somatycznych interpretowane są w kategoriach psychopatologicznych, np. potwierdzanie skurczów mięśniowych, drżenia lub braku energii podwyższa punktację w skali hipochondrii (Hs) i schizofrenii (Sc), zaś potwierdzenie zaburzeń równowagi przy chodzeniu – zarówno skal powyższych, jak i hysterii (Hy). Podwyższone skale Hs i Hy w klasycznej interpretacji mają sugerować konwersyjne (tj. psychogenne) tło objawów, co w przypadku pacjentów neurologicznych może prowadzić do całkowicie błędnych wniosków. Również podwyższenie tak zwanej triady neurotycznej (skal Hs, D i Hy; charakterystyczne np. dla pacjentów ze stwardnieniem rozsianym) może stanowić pewien artefakt. Po wykluczeniu z interpretacji pytań odnoszących się do objawów neurologicznych profile kliniczne MMPI uzyskane przez chorych na SM mieszczą się zazwyczaj w zakresie przeciętnych norm [14]. Chorzy bardziej świadomi swoich deficytów poznawczych mogą potwierdzać wiele pozycji należących do skali Sc, związanych właśnie z zaburzonym funkcjonowaniem poznawczym. Potwierdzenie pytań dotyczących zaburzeń pamięci wpływa zaś na podwyższenie wyniku również w skali depresji (D) i psychastenii (Pt) – jednak nie jest zgodne z interpretacją tych skal w kategoriach symptomatologii psychiatrycznej.

### **Sposoby ograniczania wpływu objawów wynikających bezpośrednio z uszkodzenia mózgu na wyniki pomiaru samoopisowego**

W konstrukcji nowych kwestionariuszy (skal, ustrukturyzowanych wywiadów itd.) dla chorych z uszkodzeniem mózgu dużą wagę przywiązuje się do formy i treści poszczególnych pozycji, tak aby były jednoznaczne i wyrażone jasnym, prostym językiem. W przypadku tej populacji pacjentów cecha ta nabiera szczególnego znaczenia. Okazuje się, że większą trafnością charakteryzują się pytania przedstawiane w sposób opisowy, odnoszące się do konkretnych, znanych z życia sytuacji, pozbawione sformułowań zbyt ogólnych, niespecyficznych czy wymagających pośredniego wnioskowania [15]. Na przykład Sander i wsp. [16] wykazali wysoką zgodność między samoopisem pacjentów a oceną bliskiej osoby w Kwestionariuszu Integracji Społecznej (Community Integration Questionnaire – CIQ), składającym się z bardzo konkretnych, odnoszących się do codziennych aktywności stwierdzeń. W ten sposób zminimalizowano wpływ m.in. trudności w abstrakcyjnym myśleniu, pamięci oraz przetwarzaniu językowym – czyli deficytów częstych u chorych z uszkodzeniami mózgu.

Specyfika obrazu chorobowego opisywanej grupy wymaga również uwzględnienia możliwych zaburzeń czujności, podzielności i podtrzymywania uwagi, a także patologicznej męczliwości. Z tych powodów kwestionariusze/skale powinny być krótkie i obejmować nie więcej niż kilkadziesiąt pozycji, wykonywanych – jeśli jest taka potrzeba – podczas kilku sesji.

Jeśli pacjent samodzielnie wypełnia kwestionariusz/skalę, trzeba uwzględnić możliwość występowania zaburzeń spostrzegania wzrokowego (m.in. osłabienia ostrości widzenia, niedowidzenia połowiczego, podwójnego widzenia, agnozji wzrokowej) oraz uwagi przestrzennej (pomijania jednostronnego) wpływających na zdolność czytania testu. Czasami wystarczy prosty zabieg w postaci przesunięcia kartki testu tak, aby znalazła się w zachowanej części pola spostrzeżeniowego. W innych przypadkach metodą z wyboru wydaje się ustna prezentacja pytań i zapisywanie przez badającego odpowiedzi chorego.

Ponieważ jednym z najpoważniejszych ograniczeń wiarygodności wyników metod samoopisowych jest anozognozja [6, 17], w celu chociażby częściowej kontroli tego objawu warto porównywać stan opisany przez samego pacjenta z informacją od osób bliskich. Jako przykład można wymienić Kwestionariusz Dysfunkcji Wykonawczych (Dysexecutive Questionnaire – DEX), w którym oceny samoświadomości chorego w zakresie badanego obszaru dokonuje się przez porównanie jego własnego opisu z danymi uzyskanymi od opiekuna. DEX jest jednym z pierwszych wystandaryzowanych narzędzi samoopisowych badających funkcje wykonawcze, stworzonych specjalnie dla pacjentów po uszkodzeniu mózgu [18]. Szczególną uwagę należy jednak zwracać na dobór osoby oceniającej pacjenta [18]. Fleming i wsp. [19] wskazują na wiele czynników wpływających na spostrzeganie chorego przez osoby mu bliskie, m.in. poziom stresu u respondenta udzielającego informacji (często u osób najbliższych jest on wyższy niż u samych pacjentów), czas od zachorowania (adaptacja do sytuacji trudnej), cechy psychologiczne informatora (osobowość, zdolności poznawcze itd.).

Warto zwrócić uwagę również na fakt, że ograniczenie wglądu w deficyty chorobowe może mieć różne nasilenie w poszczególnych domenach funkcjonowania [15], np. pacjenci z ciężkimi uszkodzeniami mózgu nierealistycznie oceniają swoje problemy poznawcze i emocjonalne, ale nieco bardziej trafnie – deficyty ruchowe i dolegliwości somatyczne [8]. Przyjmuje się, że dobranie odpowiedniego narzędzia pomiaru świadomie zawężonego do wybranego obszaru funkcjonowania podwyższa rzetelność diagnostyki.

Od lat 80. XX wieku tworzone są skale do oceny samoświadomości deficytów chorobowych przeznaczone tylko dla osób po uszkodzeniu mózgu. Samoopis osoby badanej porównuje się w nich najczęściej z opinią osób bliskich lub klinicysty, którzy oceniają badanego za pomocą tej samej skali. Przykładami takich narzędzi są m.in.: Kwestionariusz Samoświadomości (Awareness Questionnaire – AQ) czy Skala Kompetencji Pacjenta (Patient's Competency Rating Scale – PCRS) [2]. Stosowanie ich powinno być pierwszym etapem oceny klinicznej tak, aby wyniki innych metod można było interpretować w kontekście ewentualnego występowania objawu anozognozji. Bogaty zbiór narzędzi kwestionariuszowych, skal i innych metod samoopisowych,



stworzonych specjalnie dla pacjentów po nabytym uszkodzeniu mózgu, zawiera obszerna praca Tate [2].

Jednym ze sposobów korygowania wpływu anozognozji na wiarygodność pomiaru samoopisowego jest odniesienie jego wyników do innych standaryzowanych testów neuropsychologicznych [20, 21]. Allen i Ruff [20] zbadali grupę 56 osób po urazowym uszkodzeniu mózgu (jedna grupa – chorzy po ciężkim urazie, druga – lekkim lub umiarkowanym). Opis własnego funkcjonowania intelektualnego sporządzony przez samych chorych porównano z wynikami poznawczych testów neuropsychologicznych wykazując, że jest on mniej trafny u osób po cięższym urazie i we wczesnym okresie choroby. Lannoo i wsp. [21] przebadali grupę 85 pacjentów z uszkodzeniem mózgu (od umiarkowanego do znacznego) za pomocą standaryzowanych testów neuropsychologicznych oraz kwestionariusza objawów chorobowych, obejmującego sfery: somatyczną, poznawczą, emocjonalną i behawioralną. Badanie ujawniło brak znaczącej korelacji między subiektywnymi opiniami badanych a wynikami standaryzowanych testów neuropsychologicznych. Autorzy, szukając wyjaśnienia tej rozbieżności, wskazują na wpływ czasu, jaki upłynął od zachorowania, oraz oddziaływań rehabilitacyjnych na adekwatność dostrzegania swoich problemów zdrowotnych. Chorzy we wczesnym okresie zdrowienia (do roku) i nie uczestniczący w specjalistycznej terapii neuropsychologicznej ujawniają mniej adekwatną ocenę własnych zaburzeń, w porównaniu z osobami będącymi na późniejszym etapie i poddawanych rehabilitacji [21]. Powyższe dane sugerują zasadność stosowania bardziej zobiektywizowanych pomiarów szczególnie we wczesnym okresie od uszkodzenia mózgu oraz łączenia danych z kwestionariuszy/skal z wynikami standaryzowanych testów zadaniowych, szczególnie tych o jednoznacznych wartościach prognostycznych (tzw. trafność ekologiczna). Te ostatnie z założenia zawierają zadania zbliżone do sytuacji naturalnych, a ich wynik silnie koreluje ze sprawnością badanego w codziennym funkcjonowaniu [22]. Przykładami takich narzędzi są: Behavioural Assessment of Dysexecutive Syndrome [18], Behavioural Inattention Test [23], Test of Everyday Attention [24], Rivermead Behavioural Memory Test [25] dotychczas nie mające wersji polskich.

### Podsumowanie

Pomiar psychologiczny oparty o subiektywny opis własnego funkcjonowania zajmuje istotne miejsce w neuropsychologicznej pracy klinicznej i teoretycznej. Ma swoją niekwestionowaną wartość, jeśli jest właściwie stosowany i adekwatnie dobierany do problemu klinicznego. Diagnostyka oparta jedynie na zadaniowych testach ma swoje ograniczenia [26]. W niektórych domenach funkcjonowania to subiektywna opinia osoby badanej ma największe znaczenie (np. w ocenie nastroju, przeżywanego cierpienia, planowania przyszłości). Jednak w przypadku wielu pacjentów po uszkodzeniu mózgu samoopis może okazać się mniej przydatny diagnostycznie, a nawet mylący. Powinien być zatem uzupełniany i analizowany w kontekście klinicznej obserwacji zachowania, informacji z wywiadu, wyników niestandaryzowanych zadań klinicznych, a także standaryzowanych testów, zwłaszcza o wysokiej trafności prognostycznej [27]. Najbardziej pewnym i dokładnym podejściem wydaje się stosowanie zróżnicowanych

metod pomiaru, ściśle uzależnionych od analizowanego problemu klinicznego, z interpretacją opartą na wiedzy o relacji mózg–zachowanie oraz szerszej – na wiedzy psychologicznej.

Zdarza się, że neuropsycholodzy w pracy diagnostycznej stosują testy wprawdzie trafne i rzetelne według podręczników, ale niezgodnie z intencją ich twórców. Wiele narzędzi popularnych w klinice zostało stworzonych dla innych populacji niż pacjenci z nabytym strukturalnym uszkodzeniem mózgu. Przedstawione wyżej problemy powinny ukierunkować uwagę klinicystów na potencjalnie związane z tym pułapki diagnostyczne.

### **Ценность самоописания и его оценки при нейропсихологической диагностике пациентов с повреждением мозга**

#### **Содержание**

Собственные описания своих ощущений пациентами часто применяются в медицине и психологии. При исследовании пациентов с повреждением мозга их достоверность может быть, однако, ограничена. Это исходит из разнообразия ограничений, наблюдаемых у больных, к которым относятся такие как: мнестические нарушения, патологическая утомляемость, трудности в различии психотических симптомов от таких, которые имеют место в результате последствий повреждения центральной нервной системы – цнс. Не исключена также анозогнозия, т.е. ограниченный взгляд на собственное функционирование. В статье обсуждены наиболее существенные ограничения, связанные с применением популярных пособий опросников в популяции больных с повреждением мозга. Указываются также применяемые пробы приспособления методов самоописания для диагностики указанной популяции исследованных. Предлагаемые модификации охватывают, м.п., специальную конструкцию пособия (соответственное содержание и число вопросов, способ ответов), дополнение тестовых данных информацией, полученными от близких людей пациентов, связь методов опросников с более объективными диагностическими пособиями и контролирование условий проведения исследований. Несмотря на то, что у пациентов с повреждением мозга рискованной является оценка их функционирования, основывающаяся только на самоописании, остается она как существенный способ определения субъективных ощущений и их присутствия.

**Ключевые слова:** повреждение мозга, глоссарий, самосознание

### **Wert von selbst eingeschätzter Erfassung in der neuropsychologischen Diagnostik der Patienten mit Hirnverletzung**

#### **Zusammenfassung**

Die selbst eingeschätzte Methoden werden oft in der Medizin und Psychologie eingesetzt. Bei der Untersuchung der Patienten mit Hirnverletzung kann aber ihre Reliabilität beschränkt sein. Es resultiert aus Unterschiedlichkeit der Beschränkungen, die die Kranken erfahren: kognitive Störungen, pathologische Quälerei, Probleme bei der Unterscheidung der psychogenen Symptome von denen, die die Folge der Verletzung des ZNS sind, wie auch Anosognosie, das heißt nicht volle Einsicht in eigene Funktionsweise. Im Artikel werden die wichtigsten Beschränkungen besprochen, die mit der Anwendung der populären Fragebögen verbunden sind, und die Proben der Anpassung der selbstberichteten Methoden zu Anforderungen von Diagnostik der vorgenannten Population von Kranken. Die vorgeschlagenen Modifizierungen umfassen u.a. einen besonderen Aufbau des Instruments (entsprechender Inhalt und entsprechende Zahl der Fragen, Art ihrer Beantwortung), Ergänzung der Testangaben mit den Angaben von den nächsten Personen, Verbindung von Fragebogen – Methoden mit den mehr objektiven diagnostischen Instrumenten und kontrollierte Bedingungen zur Durchführung der Untersuchung. Obwohl im Falle der Patienten mit Hirnverletzung die Einschätzung



ihrer Funktionsweise, die nur auf der Selbsteinschätzung basiert, riskant ist, bleibt sie jedoch wichtig als die Art und Weise, in der der Kranke seine subjektiven Erfahrungen und Meinungen mitteilt.

**Schlüsselwörter:** Hirnverletzung, Fragebogen, Selbstbewusstsein

### La valeur de la méthode de self-report dans le diagnostic neuropsychologique des patients souffrant de la lésion cérébrale

#### Résumé

Les méthodes de self-report sont utilisées souvent en médecine et en psychologie. Pourtant dans les examens des patients souffrant des lésions cérébrales leur valeur diagnostique peut être limitée à cause de plusieurs difficultés ressenties par ces patients : troubles cognitifs, fatigue, ressemblances des symptômes psychopathologiques et somatiques, anosognosie. Ce travail présente les limitations les plus importantes de ces méthodes et les essais de les ajuster aux exigences du diagnostic. Les modifications décrites contiennent les constructions spécifiques (contenu et nombre des questions appropriés, méthodes d'analyser et mesurer les réponses), informations complémentaires venant des personnes proches, conjonction des questionnaires et des outils plus objectifs, contrôle des conditions des examens. Dans les cas des patients avec les lésions cérébrales cette méthode de self-report porte un certain risque pourtant elle reste importante comme méthode de présenter les opinions subjectives et les expériences personnelles des malades.

**Mots clés :** lésion cérébrale, questionnaire, conscience de soi

#### Piśmiennictwo

1. Juczyński Z. *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. wyd. 2. Warszawa: Pracowania Testów Psychologicznych PTP; 2009.
2. Tate RL. *A Compendium of tests, scales and questionnaires*. New York: Psychology Press; 2010.
3. Leśniak M, Back T, Czepiel W, Seniów J, Członkowska A. *Frequency and prognostic value of cognitive disorders in stroke patients*. Dement. Geriatr. Cogn. Disord. 2008; 26 (4): 356–363.
4. Benedictus MR, Spikman JM, van der Naalt J. *Cognitive and behavioral impairment in traumatic brain injury related to outcome and return to work*. Arch. Phys. Med. Rehabil. 2010; 91 (9): 1436–1441.
5. Prigatano GP. *Impaired self-awareness after moderately severe to severe traumatic brain injury*. Acta Neurochir. Suppl. 2005; 93: 39–42.
6. Polanowska K, Seniów J. *Zaburzenia samoświadomości objawów chorobowych w nabytym uszkodzeniu mózgu w kontekście rehabilitacji*. Rehabil. Med. 2004; 8 (3): 9–14.
7. Sherer M, Hart T, Nick TG, Whyte J, Thompson RN, Yablon SA. *Early impaired self-awareness after traumatic brain injury*. Arch. Phys. Med. Rehabil. 2003; 84 (2): 168–176.
8. Prigatano GP, Altman IM. *Impaired awareness of behavioral limitations after traumatic brain injury*. Arch. Phys. Med. Rehabil. 1990; 71: 1058–1064.
9. Seniów J, Mroziak B, Członkowska A, Jedryka-Góral A. *Self-rated emotional functioning of patients with neurological or asymptomatic form of Wilson's disease*. Clin. Neuropsychol. 2003; 17 (3): 367–373.
10. Alderman N, Dawson K, Rutterford N, Reynolds P. *A comparison of the validity of self-report measures people with acquired brain injury: A preliminary study of the usefulness of EuroQol-5D*. Neuropsychol. Rehabil. 2001; 11 (5): 529–537.
11. Sumpter RE, McMillan TM. *Errors in self-report of post-traumatic stress disorder after severe traumatic brain injury*. Brain Inj. 2006; 20 (1): 93–99.

12. Nolin P, Villemoure R, Heroux L. *Determining long-term symptoms following mild traumatic brain injury: Method of interview affects self-report*. Brain Inj. 2006; 20 (11): 1147–1154.
13. Benson DF, Blumer F. *Psychiatric aspects of neurologic disease*. New York: Grune & Stratton; 1975.
14. Lezak M, Howieson D, Loring D. *Neuropsychological assessment*. Oxford: University Press; 2004.
15. Vanderploeg RD, Belanger HG, Duchnick JD, Curtiss G. *Awareness problems following moderate to severe traumatic brain injury: Prevalence, assessment methods, and injury correlates*. J. Rehabil. Res. Dev. 2007; 44 (7): 937–949.
16. Sander AM, Seel RT, Kreutzer JS, Hall KM, High WM, Rosenthal M. *Agreement between persons with traumatic brain injury and their relatives regarding psychosocial outcome using the Community Integration Questionnaire*. Arch. Phys. ed. Rehabil. 1997; 78 (4): 353–357.
17. Prigatano GP. *Anosognosia after traumatic brain injury*. W: Prigatano GP. red. *The study of anosognosia*. New York: Oxford University Press; 2010. s. 229–250.
18. Wilson BA, Alderman N, Burgess PW, Emslie H, Evans JJ. *Behavioral Assessment of the Dys-executive Syndrome*. Bury St. Edmunds, England: Thames Valley Test Company; 1996.
19. Fleming JM, Strong J, Ashton R. *Self-awareness of deficits in adults with traumatic brain injury: How best to measure?* Brain Inj. 1996; 10 (1): 1–15.
20. Allen CC, Ruff RM. *Self-rating versus neuropsychological performance of moderate versus severe head-injured patients*. Brain Inj. 1990; 4 (1): 7–17.
21. Lannoo E, Colardyn F, Vandekerckhove T, De Deyne C, De Soete G, Jannes C. *Subjective complaints versus neuropsychological test performance after moderate to severe head injury*. Acta Neurochir. 1998; 140 (3): 245–253.
22. Schlund MW, Pace G. *An individualized rehabilitation outcome planning and outcome measurement methodology*. J. Rehabil. Outcome Measurement 1998; 2: 1–9.
23. Wilson BA, Cockburn J, Halligan P. *Behavioural Inattention Test*. Titchfield, Hampshire: Thames Valley Test Company; 1987.
24. Robertson IH, Ward T, Ridgeway V, Nimmo-Smith I. *The Test of Everyday Attention*. Bury St. Edmunds, England: Thames Valley Test Company; 1994.
25. Wilson BA, Greenfield E, Clare L, Baddeley A, Cockburn J, Watson P, Tate R, Sopena S, Nannery S, Crawford JR. *The Rivermead Behavioural Memory Test – Third Edition*. Pearson Assessment, London; 2008.
26. Kayes NM, McPherson KM. *Measuring what matters: does 'objectivity' mean good science?* Disabil. Rehabil. 2010; 32 (12): 1011–1019.
27. Leatham JM, Murphy LJ, Flett RA. *Self- and informant-ratings on the Patient Competency Rating Scale in patients with traumatic brain injury*. J. Clin. Exp. Neuropsychol. 1998; 20 (5): 694–705.

Adres: Magdalena Roessler-Górecka  
Pracownia Neuropsychologii Klinicznej  
II Klinika Neurologiczna, IPiN w Warszawie  
02-957 Warszawa, ul. Sobieskiego 9

Otrzymano: 5.09.2012  
Zrecenzowano: 27.11.2012  
Otrzymano po poprawie: 16.01.2013  
Przyjęto do druku: 22.02.2013  
Adiustacja: A. K.