

Anna Barczak

Otrzymaano: 15.11.2023  
Zaakceptowano: 27.11.2023  
Opublikowano: 28.08.2024

## Co lekarz neurolog powinien wiedzieć o badaniu neuropsychologicznym?

### What should a neurologist know about a neuropsychological examination?

Platforma Badań Chorób Rzadkich i Cywilizacyjnych, Instytut Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej im. Mirosława Mossakowskiego, Polska Akademia Nauk, Warszawa, Polska  
Adres do korespondencji: Anna Barczak, Platforma Badań Chorób Rzadkich i Cywilizacyjnych, Instytut Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej im. Mirosława Mossakowskiego, Polska Akademia Nauk,  
ul. Pawińskiego 5, 02-106 Warszawa, e-mail: abarczak@imdik.pan.pl

 <https://doi.org/10.15557/AN.2024.0012>

#### ORCID iD

Anna Barczak  <https://orcid.org/0000-0002-8044-7368>

#### Streszczenie

Badanie neuropsychologiczne stanowiące część diagnozy medycznej – równorzędne z innymi badaniami – umożliwia zweryfikowanie wstępnego rozpoznania nozologicznego. Tytuł neuropsychologa uzyskiwany jest na drodze czteroletniego specjalistycznego szkolenia w zakresie psychologii klinicznej, zakończonego egzaminem państwowym. Diagnoza neuropsychologiczna ma charakter funkcjonalny i opisuje rodzaj obecnych dysfunkcji poznawczych, ich stopień nasilenia oraz możliwą etiologię. Badanie neuropsychologiczne przeprowadza się w sytuacjach, kiedy deficyty funkcji poznawczych są nieuchwytnie w badaniu przesiewowym lub wyniki innych badań nie przyniosły odpowiedzi na stawiane hipotezy diagnostyczne. Poza oceną aktualnego stanu poznawczego pacjenta diagnoza neuropsychologiczna pozwala na prognozowanie dalszego przebiegu dysfunkcji, wyznaczanie kierunków rehabilitacji, oszacowanie możliwości powrotu do obowiązków zawodowych lub szkolnych. Dodatkowo poprzez oddziaływanie psychoedukacyjne zapewnia wskazówki dla rodziny i opiekunów względem postępowania z pacjentem. Ocena neuropsychologiczna opisuje również interakcję czynników społeczno-emocjonalnych i czynników środowiskowych, warunkujących odpowiednie leczenie lub późniejszą opiekę. Jest to możliwe dzięki obszernemu procesowi diagnostycznemu, który poza zastosowaniem metod kliniczno-eksperymentalnych (prób klinicznych) i standaryzowanych technik pomiarowych (w zależności od potrzeb i stanu pacjenta) obejmuje także analizę dostępnej dokumentacji, wywiad kliniczny oraz sformułowanie i przekazanie informacji zwrotnych. Artykuł poza opisaniem charakterystyki badania neuropsychologicznego dyskutuje jego rolę i przydatność w diagnozie medycznej oraz możliwości i ograniczenia diagnozy neuropsychologicznej. Praca zawiera praktyczne informacje dla lekarza neurologa, które warto uwzględnić przed skierowaniem pacjenta na badanie neuropsychologiczne.

**Słowa kluczowe:** metody diagnostyczne, ocena neuropsychologiczna, neuropsychologia, proces diagnostyczny

#### Abstract

A neuropsychological examination forming part of a medical diagnosis – akin to other tests – facilitates the verification of the preliminary nosological diagnosis. The title of a neuropsychologist is obtained through a four-year specialist training in clinical psychology, culminating in a state examination. Neuropsychological diagnosis is functional in nature, and describes the type of cognitive dysfunctions present, their degree of severity, and possible aetiology. Neuropsychological examination is conducted when cognitive deficits are elusive in the screening, or the results of other tests have not clarified the diagnostic hypotheses. In addition to assessing the patient's cognitive state, neuropsychological diagnosis allows for predicting the further course of dysfunction, setting directions for rehabilitation, and estimating the possibility of returning to professional or school duties. In addition, psychoeducational interventions provide guidance for the family and caregivers on how to deal with the patient. Neuropsychological assessment also describes the interaction between socio-emotional and environmental factors that determine appropriate treatment or subsequent care. This is possible due to an extensive diagnostic process, which, in addition to clinical-experimental methods (clinical trials) and standardised measurement techniques (depending on the patient's needs and condition), also includes the analysis of available documentation, a clinical interview, and the formulation and communication of feedback. In addition to describing the characteristics of neuropsychological examination, the paper discusses its role and usefulness in medical diagnosis, and outlines the possibilities and limitations of neuropsychological diagnosis. The paper contains practical information for neurologists, which should be considered before referring patients for a neuropsychological examination.

**Keywords:** diagnostic methods, neuropsychological report, neuropsychology, diagnostic process

## CZYM JEST NEUROPSYCHOLOGIA?

**N**europsychologia jest dziedziną wiedzy badającą związek „mózg – zachowanie”, łączącą ze sobą dane z wielu obszarów, głównie: psychologii, biologii, medycyny (neuroanatomii, neurologii, psychiatrii, farmakologii), technik neuroobrazowania oraz nauk humanistycznych (filozofia, socjologia, lingwistyka, inżynieria i statystyka medyczna). Wyróżnia się neuropsychologię poznawczą (teoretyczną) i neuropsychologię kliniczną. Rolą neuropsychologii klinicznej jest badanie związków zachodzących pomiędzy stanem mózgu a przebiegiem złożonych procesów psychicznych, formułowanie hipotez na temat natury tego związku i ich weryfikacja na podstawie korelacji danych klinicznych. Jest to możliwe dzięki porównaniu charakterystycznych cech uszkodzeń/dysfunkcji mózgu ze specyficznymi objawami/zespołami objawów. W warunkach klinicznych neuropsychologia jest specjalnością psychologii klinicznej poświęconą zrozumieniu relacji między uszkodzonym mózgiem a wynikającymi z tego uszkodzenia zmianami zachowania. Zrozumienie to pozwala na diagnozę szeroko rozumianych dysfunkcji mózgowych poprzez ocenę funkcjonowania poznawczego i behawioralnego. Neuropsychologia kliniczna dzieli się na neuropsychiatrię i neuropsychologię medyczną, obejmującą zaburzenia poznawcze niezwiązane z pierwotną dysfunkcją mózgu (Lezak *et al.*, 2012).

Neuropsycholog w Polsce musi być absolwentem wyższych studiów magisterskich psychologicznych oraz posiadać tytuł psychologa klinicznego uzyskany na drodze szkolenia specjalizacyjnego, z uwzględnieniem ścieżki neuropsychologicznej. Uzyskane kompetencje zawodowe po ukończeniu czteroletniego szkolenia specjalizacyjnego w zakresie neuropsychologii klinicznej powinny obejmować

następujące umiejętności: (1) myślenia o problemach pacjenta neurologicznego w kategoriach uwarunkowań biologicznych, psychologicznych, społecznych i kulturowych; (2) planowania i realizacji postępowania diagnostycznego; (3) biegłego posługiwania się podstawowym zbiorem metod pozyskiwania danych klinicznych i ich interpretacji (obserwacja, wywiad, testy standaryzowane, kliniczne próby eksperymentalne); (4) formułowania wniosków z badania stosownie do odbiorcy; (5) precyzyjnego i odpowiedzialnego redagowania orzeczeń i ekspertyz; (6) prowadzenia długofalowej rehabilitacji neuropsychologicznej oraz udzielania pomocy doraźnej; (7) oceny efektów pracy terapeutycznej; (8) prowadzenia badań teoretycznych z zakresu neuropsychologii klinicznej (Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, 2018). Głównymi obszarami eksplorowanymi przez neuropsychologię są procesy (funkcje) poznawcze, zachowanie, funkcjonowanie społeczno-emocjonalne, a w niektórych przypadkach funkcjonowanie adaptacyjne i osiągnięcia akademickie, zarówno w kontekście diagnozy, jak i terapii (Lezak *et al.*, 2012).

## OCENA NEUROPSYCHOLOGICZNA

Badanie neuropsychologiczne jest istotną częścią diagnozy medycznej, równoważną z innymi wynikami badań, pozwalającą na weryfikację wstępnej diagnozy postawionej przez kierującego lekarza (Barczak i Gorzkowska, 2021). Weryfikacja ta dokonuje się dzięki dokładniejszej ocenie stanu poznawczego czy emocjonalnego pacjenta, która umożliwia diagnozę różnicową podejrzewanych zaburzeń i pomaga w różnicowaniu zaburzeń o charakterze funkcjonalnym, ustaleniu zachowanych funkcji i zasobów, co jest pomocne w terapii i/lub rehabilitacji. Ponadto, w przeciwieństwie do wizyty w gabinecie lekarza, standardowa

<b>Analiza dokumentacji</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Rodzinna historia medyczna, neurologiczna i psychiatryczna</li> <li>Wyniki laboratoryjne, neuroobrazowanie i wcześniejsze wyniki neuropsychologiczne (jeśli są dostępne)</li> <li>Historia medyczna, neurologiczna i psychiatryczna pacjenta</li> <li>Historia zażywania leków i substancji</li> <li>Powód konsultacji</li> </ul>
<b>Wywiad kliniczny z pacjentem i informatorem/opiekunem/osobą towarzyszącą/rodziną</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Czynniki rozwojowe, które mogą wpływać na obecny stan pacjenta</li> <li>Czynniki emocjonalne, osobowościowe i obecna sytuacja, potencjalnie wpływające na obecny stan pacjenta</li> <li>Wpływ objawów na codzienne życie</li> <li>Początek i przebieg objawów</li> </ul>
<b>Badanie funkcji poznawczych</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Przeprowadzenie standaryzowanych testów i prób klinicznych</li> <li>Analiza uzyskanych wyników w kontekście relacji między mózgiem a zachowaniem/lokalizacją zmiany</li> <li>Ocena stopnia nasilenia dysfunkcji</li> <li>Ocena zachowanych umiejętności i ich znaczenia w późniejszym postępowaniu z pacjentem</li> <li>Zintegrowanie uzyskanych wyników badań z danymi z wywiadu i historii choroby pacjenta</li> <li>Ocena ilościowa wyników i przeliczenie ich wartości standaryzowanej</li> </ul>
<b>Informacje zwrotne</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Odpowiedzi na ewentualne pytania pacjentów i rodziny dotyczące funkcjonowania poznawczego i behawioralnego</li> <li>Przekazanie informacji na temat diagnozy, rokowania i ewentualnego dalszego postępowania</li> <li>Omówienie strategii kompensacyjnych z pacjentem</li> <li>Omówienie zaleceń dotyczących postępowania nefarmakologicznego</li> <li>Napisanie i przekazanie opinii neuropsychologicznej pacjentowi i/lub lekarzowi kierującemu</li> </ul>

<b>Zgodnie ze stanowiskiem Polskiego Towarzystwa Alzheimerowskiego celami oceny neuropsychologicznej są:</b>	
1	Ocena obecności zaburzeń funkcji poznawczych oraz ich nasilenia
2	Identyfikacja specyficznych dysfunkcji w zakresie poszczególnych badanych obszarów poznawczych
3	Różnicowanie głębokości deficytów poznawczych
4	Określenie stopnia zaawansowania schorzenia na podstawie nasilenia zaburzeń poznawczych
5	Określenie profilu zaburzeń poznawczych wraz ze wskazaniem dominującej dysfunkcji
6	Różnicowanie pomiędzy poszczególnymi rodzajami schorzeń
7	Różnicowanie z innymi zaburzeniami neurologicznymi i psychiatrycznymi

Tab. 2. Cele oceny neuropsychologicznej wg rekomendacji Polskiego Towarzystwa Alzheimerowskiego

ocena neuropsychologiczna zajmuje znacznie więcej czasu, w efekcie pozwala na uchwycenie wielu dotychczas niezauważonych przez lekarza neurologa objawów, np. mioklonii. Ocena neuropsychologiczna, wbrew powszechnemu przekonaniu, nie obejmuje tylko zastosowania metod kliniczno-eksperymentalnych (prób klinicznych) i standaryzowanych technik pomiarowych (w zależności od potrzeb i stanu pacjenta) w celu określenia związku między dysfunkcjami mózgu a jego poznawczymi i behawioralnymi przejawami. W rzeczywistości jest to znacznie bardziej złożony i czasochłonny proces, a całą procedurę oceny neuropsychologicznej przedstawia tab. 1.

Do nielicznych wytycznych dotyczących badania neuropsychologicznego w danej grupie schorzeń należą rekomendacje Polskiego Towarzystwa Alzheimerowskiego (Barczak i Gorzkowska, 2021; Barczak *et al.*, 2012). Chociaż wytyczne te zostały opracowane specjalnie dla potrzeb diagnostyki schorzeń neurozwyrodnieniowych, mają one charakter uniwersalny i mogą być użyte również w przypadku innych chorób ośrodkowego układu nerwowego (OUN). Zostały one przedstawione w tab. 2.

Niestety, w przeciwieństwie do innych krajów neuropsycholodzy w Polsce mają do dyspozycji niewielką liczbę testów i metod klinicznych przydatnych w codziennej diagnostyce. Ograniczony ich wybór, jak również czas na przeprowadzenie badania, specyficzna populacja pacjentów z uszkodzeniem mózgu o różnym nasileniu, zazwyczaj w starszym wieku, przekładają się na mniejsze możliwości diagnostyczne. Wielu neuropsychologów korzysta z powszechnie znanych i ogólnie dostępnych narzędzi diagnostycznych, które nie są testami w pełnym rozumieniu (brak standaryzacji i normalizacji). Ich użycie pozwala – na podstawie oceny wykonania (jakościowej i ilościowej) – wysnuć odpowiednie wnioski na temat związku mózg – zachowanie. Posługiwanie się tylko narzędziami psychometrycznymi do oceny funkcjonowania pacjentów w Polsce nie jest możliwe, ponieważ takich metod – przydatnych w praktyce klinicznej – jest niewiele. Ponadto z powodu wysokiej ceny i skomplikowanych procedur (badania i obliczania wyników) nie można ich zastosować u wszystkich pacjentów, szczególnie ze znacznie nasilonymi dysfunkcjami poznawczymi. Stąd najczęściej neuropsycholodzy bazują na nieco starszych metodach, sprawdzonych i przydatnych klinicznie. Wielu doświadczonych neuropsychologów wykorzystuje narzędzia neutralne kulturowo i niewerbalne z zagranicznych źródeł (dostępnych za darmo lub komercyjnie). Specjaliści korzystają

ze stosunkowo prostych metod, powszechnie posiłkują się przedmiotami codziennego użytku, wykorzystują dostępne materiały i źródła dostępne w internecie, zarówno do diagnozy, jak i rehabilitacji pacjentów.

Warto podkreślić, że dobór metod diagnostycznych jest procesem wyjątkowo zindywidualizowanym. Zwykle zależy on od stanu pacjenta (obecnego i przedchorobowego), rodzaju i stopnia nasilenia dysfunkcji, biegłości neuropsychologa w posługiwaniu się metodami czy wręcz dostępu do niektórych narzędzi. Niestety, często spotykanym błędem jest korzystanie z metod, które nie oceniają podejrzewanych dysfunkcji (np. zaburzeń pamięci), wykonywanie wielokrotnie w trakcie jednej wizyty testów badających te same procesy poznawcze, dublowanie pytań i zadań oraz przeprowadzanie oceny metodami o wątpliwej przydatności diagnostycznej (Barczak, 2018).

Ocena neuropsychologiczna, wykraczająca poza przeprowadzanie standardowych testów, jest szczególnie użyteczna w diagnostyce różnicowej chorób, pozwala wyjaśnić wielkość i zakres deficytów poznawczych osoby w przypadku stabilnych lub przewlekłych chorób neurologicznych. Może być wykorzystywana do oceny długoterminowych konsekwencji decyzji medycznych i pomóc lekarzowi neurologowi lepiej zrozumieć interakcję czynników społeczno-emocjonalnych i czynników środowiskowych, które mogą mieć wpływ na odpowiednie leczenie lub późniejszą opiekę (Zucchella *et al.*, 2018). Chociaż opinia neuropsychologiczna jako efekt części medycznego procesu diagnostycznego jest adresowana do zlecającego badanie lekarza, to przede wszystkim ma ona rzeczywiste znaczenie dla pacjenta. Poza wykazaniem obecności zaburzeń efektem końcowym oceny neuropsychologicznej powinny być zalecenia lub wskazówki, które mogą pomóc w odpowiedniej kwalifikacji zawodowej, rehabilitacji, terapii lub opiece nad osobami w różnych grupach wiekowych (Barczak *et al.*, 2012).

## KIEDY KIEROWAĆ PACJENTÓW DO NEUROPSYCHOLOGA?

W warunkach klinicznych ocena neuropsychologiczna jest wskazana szczególnie w przypadku, gdy w trakcie badania pacjenta przez lekarza neurologa pojawiają się wątpliwości dotyczące sprawności poznawczej lub problemy w zachowaniu, których nie można wytłumaczyć danymi z historii choroby, obserwacjami stanu psychicznego, technikami radiologicznymi

lub wynikami laboratoryjnymi. Większość pacjentów z chorobami obejmującymi OUN (głównie chorobami naczyń mózgowych, schorzeniami pierwotnie neurodegeneracyjnymi, padaczką, stwardnieniem rozsianym, chorobami zakaźnymi OUN, ekspozycją neurotoksyczną, stanem po urazach czaszkowo-mózgowych, procesami rozrostowymi OUN, funkcjonalnymi deficytami neurologicznymi) może wymagać oceny neuropsychologicznej (Englot i Spann, 2010).

Sam niepokój pacjenta, często podktywany nieakceptowaniem zmian wynikających z obecności schorzenia OUN czy fizjologicznego spadku sprawności poznawczych, nie powinien być powodem skierowania na badanie neuropsychologiczne. Szczególnie dotyczy to sytuacji, kiedy pacjent jest całkowicie sprawny w zakresie złożonych czynności dnia codziennego, a skargi nie znajdują potwierdzenia ani w ocenie wstępnej (przesiewowej), ani w opinii otoczenia pacjenta (rodzina, znajomi, współpracownicy).

Sytuacja, w której pacjent domaga się wielu badań, nie akceptuje ograniczeń diagnostycznych czy w zakresie wiedzy medycznej, jest częstym problemem, zwłaszcza gdy ta sama osoba badana odmawia zarówno diagnostyki, jak i leczenia przez lekarza psychiatrę. W takim przypadku skierowanie na badanie neuropsychologiczne nie może być rozpaczliwą próbą poradzenia sobie z „problematycznym pacjentem”, ponieważ uzyskane tą drogą informacje nie wniosą nic nowego do diagnozy. Dość powszechnie zdarza się, że zarówno sami pacjenci, jak i lekarze błędnie zakładają, że psychologowie posiadają specjalne umiejętności przekonywania pacjenta czy odgadywania – bez przeprowadzenia stosowanych badań – w czym tkwi przyczyna trudności (Rascovsky, 2016).

## PRZED SKIEROWANIEM PACJENTA DO NEUROPSYCHOLOGA

### 1. Uzyskaj zgodę pacjenta na badanie

Pierwszym i najważniejszym krokiem przed skierowaniem pacjenta na badanie neuropsychologiczne jest uzyskanie jego zgody na ocenę w tym zakresie. Z powodu wielu niejasności i mitów krążących na temat zarówno umiejętności samych neuropsychologów, procedury badania, jak i jej efektów, a także trudności testów wielu pacjentów boi się badania neuropsychologicznego. Uważają, że w jego przebiegu zostaną ujawnione informacje z ich prywatnego życia. Inne obawy wynikają z poczucia wstydu, że jeśli zadania będą trudne, a badany sobie nie poradzi, to skompromituje się i ośmieszy przed badającym. Niekiedy słysząc słowo „testy”, pacjent zakłada, że będzie to egzamin, który musi zdać i od którego będzie zależeć jego dalsze funkcjonowanie (na taki odbiór badania przez pacjenta może wskazywać pytanie w trakcie lub tuż po badaniu, czy został oceniony np. „na czwórkę”). Często pacjenci słyszą od znajomych, że takie badanie trwało wiele godzin, konieczne było kilkukrotne jego powtórzenie, co było bardzo męczące. Zdarza się również, iż pacjent jest przekonany, że badanie służy uzyskaniu przesłanek do ubezwłasnowolnienia lub umieszczenia go w placówce opiekuńczej.

### 2. Wy tłumacz, na czym polega badanie neuropsychologiczne i dlaczego jest istotne dla diagnozy

Wyjaśnienie pacjentowi, czym jest badanie neuropsychologiczne, na czym polega i dlaczego jest takie ważne, ma kluczowe znaczenie. Badanie neuropsychologiczne nie powinno mieć charakteru rutynowego, dlatego warto poświęcić czas na wytłumaczenie konieczności jego przeprowadzenia, co oczywiście wymaga od lekarza odpowiedniej wiedzy. Pacjent, który widzi, że jego lekarz neurolog przywiązuje wagę do oceny neuropsychologicznej, będzie bardziej zmotywowany i skłonny do podjęcia wysiłku podczas badania, a tym samym pozytywnie przyczyni się do poprawy przebiegu własnej opieki. Kierując pacjenta na testy neuropsychologiczne, lekarz neurolog powinien go poinformować, że taka ocena jest integralnym elementem kompleksowej opieki medycznej.

Przed skierowaniem pacjenta na badanie neuropsychologiczne lekarz instruuje pacjenta i rodzinę, czemu ma służyć badanie, jak wygląda i na czym polega. Ważne jest omówienie wcześniejszego przygotowania – badany nie może być na czczo, a same testy powinny być wykonane przed innymi procedurami, które mogą mieć wpływ na kondycję psychofizyczną pacjenta (np. przed badaniem rezonansu magnetycznego czy przeprowadzeniem nakłucia lędźwiowego).

### 3. Sprawdź, czy pacjent będzie w stanie uczestniczyć w badaniu neuropsychologicznym

Większość używanych przez neuropsychologów testów wymaga od pacjenta względnie zachowanej sprawności analitycznej. Oznacza to, że pacjent musi mieć ze sobą okulary i aparat słuchowy (jeśli go używa) i – o ile to możliwe – powinien przyjść z osobą towarzyszącą/członkiem rodziny. Rolą lekarza kierującego na badanie neuropsychologiczne jest oszacowanie możliwości wykonania badania. Należy wziąć pod uwagę obecność znacznych zaburzeń widzenia, słyszenia, sprawności manualnej, rozumienia, artykulacji, ale również wydolność oddechową i możliwość siedzenia pacjenta przy biurku przez kilkadziesiąt minut (istotne są m.in. schorzenia kostno-stawowe, wytrzymałość i męczliwość badanego). Badanie neuropsychologiczne bywa wyczerpujące, stresujące dla pacjentów, zatem zawsze warto zastanowić się nad koniecznością takiej procedury.

Inną niezwykle ważną kwestią jest ocena możliwości współpracy w trakcie badania. Jeśli pacjent nie jest w stanie współpracować z lekarzem przez znacznie krótszy czas, niż zazwyczaj trwa badanie neuropsychologiczne, to w trakcie jego przeprowadzania tym bardziej nie będzie współpracował. Neuropsycholodzy, wbrew niektórym opiniom, nie posiadają specjalnych umiejętności skłonienia pacjenta do współpracy.

### 4. Najpierw zleć ocenę neuroobrazową

Każde skierowanie pacjenta na badanie neuropsychologiczne powinno być poprzedzone analizą możliwych przyczyn trudności chorego, szczególnie z uwzględnieniem wyników neuroobrazowania. Obecność np. zmian rozrostowych OUN lub świeżych zmian pourazowych powodujących

trudności w funkcjonowaniu poznawczym lub zachowaniu pacjenta powinna skutkować natychmiastowym skierowaniem pacjenta do neurochirurga, a nie oczekiwaniem na konsultację neuropsychologa.

### **5. Przeprowadź wstępne (przesiewowe) badanie funkcji poznawczych**

Ocenę neuropsychologiczną należy poprzedzić badaniem przesiewowym funkcji poznawczych (Tomaszewska *et al.*, 2021) oraz analizą przyczyn ich zaburzeń (np. choroby somatyczne, choroby psychiatryczne, zaburzenia świadomości). Z tego względu przed skierowaniem pacjenta na badanie neuropsychologiczne (odległe terminy lub kosztowne badanie komercyjne) konieczna jest wstępna ocena pacjenta, uwzględniająca również jego stan poznawczy. Kierowanie pacjenta do neuropsychologa, aby wykonał przesiewową ocenę sprawności poznawczej, można porównać do próśby do lekarza kardiologa, aby zmierzył pacjentowi ciśnienie. Przeprowadzanie przewiewowej oceny funkcji poznawczych nie wymaga ani dyplomu psychologa, ani umiejętności i wiedzy neuropsychologicznej. Często już w gabinecie lekarza po wykonaniu takiej oceny okazuje się, iż nie ma potrzeby (wyniki prawidłowe) lub możliwości (zbyt zaawansowana choroba pacjenta) wykonywania badania neuropsychologicznego, co znacząco przyspiesza postawienie diagnozy.

### **6. Sprawdź, czy pacjent jest w wyrównanym stanie emocjonalnym**

Mimo że neuropsycholodzy są absolwentami psychologii i mają umiejętności wykraczające poza samą dziedzinę diagnozy i terapii neuropsychologicznej, należy stwierdzić, że kierowanie pacjentów do tego typu specjalistów celem interwencji kryzysowej czy oddziaływań psychoterapeutycznych to marnowanie ograniczonych zasobów – niestety, dostęp do neuropsychologów jest ograniczony. Warto w takiej sytuacji ustalić zakres zaburzeń i dookreślić, jaki profesjonalista udzieli fachowej pomocy. W trakcie badania neuropsychologicznego mogą wystąpić sytuacje wynikające z problemów emocjonalnych pacjenta, w których konieczne będą jakieś formy pomocy psychologicznej, niemniej zazwyczaj będzie to pomoc doraźna. Podobnie jest w sytuacji, kiedy pacjent wymaga pomocy lekarza psychiatry z powodu obecności zaburzeń afektywnych – kierowanie do neuropsychologa, który ma zdiagnozować obecność depresji czy zaburzeń lękowych, tylko z powodu niechęci pacjenta do konsultacji psychiatrycznej będzie wyłącznie opóźniać uzyskanie właściwej pomocy dla pacjenta. Z uwagi na swoją specyfikę ocena neuropsychologiczna – w niektórych przypadkach – powinna zostać przeprowadzona po wyrównaniu stanu emocjonalnego pacjenta. Odwrócenie tego porządku może mieć wpływ na uzyskane wyniki i skutkować błędną diagnozą.

### **7. Zastanów się, czy badanie neuropsychologiczne naprawdę jest konieczne**

Z uwagi na znikomą dostępność ambulatoryjnego badania neuropsychologicznego nie powinno być ono wymogiem

formalnym do rozliczenia procedur, np. w sytuacji, kiedy pacjent przychodzi ambulatoryjnie do neurologa z wynikami wcześniej wykonanych badań (komercyjnych lub z niedawnej hospitalizacji). Badanie neuropsychologiczne nie jest badaniem ratującym życie i jego wartość diagnostyczna nie ma zastosowania w stanach nagłych, zatem wszelkie skierowania sugerujące konieczność szybkiej oceny pacjentów, czyli „cito”, nie dotyczą badania neuropsychologicznego (Barczak *et al.*, 2012).

## **DIAGNOZA NEUROPSYCHOLOGICZNA**

Diagnoza neuropsychologiczna nie jest tożsama z badaniem neuropsychologicznym. Samo przeprowadzenie testów i analiza dokumentacji jeszcze nie stanowią diagnozy, jest ona bowiem wypadkową zintegrowanych dostępnych danych z wywiadu, obserwacji i wyników testów, zawsze poddanych analizie i interpretacji, z uwzględnieniem różnych czynników, potencjalnie wpływających na funkcjonowanie pacjenta.

Zatem informacje od psychologa czy neuropsychologa dostarczone tylko w formie surowych lub nawet przeliczonych wyników nie spełniają wymogów diagnozy neuropsychologicznej. Diagnoza neuropsychologiczna ma zawsze charakter **funkcjonalny**, czyli opisuje obecność, nasilenie i rodzaj zaburzeń poznawczych, ich wpływ na poziom codziennego funkcjonowania i zachowania, wraz z ewentualnymi zaleceniami. Nie jest również jednoznaczna z rozpoznaniem nozologicznym, chociaż często zawiera sugestie co do potwierdzenia lub wykluczenia schorzenia podejrzanego przez lekarza kierującego (o ile w skierowaniu taka informacja została zawarta). Ważne jest, aby skierować pacjenta do takiego specjalisty, który formułuje opis zaburzonych/zachowanych funkcji, możliwe rozpoznanie i zalecenia sformułowane w sposób zrozumiały dla odbiorcy, w tym przypadku lekarza.

Diagnoza jest najczęściej przekazywana bezpośrednio lekarzowi lub pacjentowi, celem przedłożenia jej lekarzowi, zazwyczaj w formie pisemnej. Niestety, w toku szkolenia specjalizacyjnego zwykle nie formułuje się jasno wytycznych dotyczących diagnozy, adekwatnych do potrzeb codziennej praktyki wytycznych, stąd bardzo duża różnorodność opinii neuropsychologicznych. Z praktycznego punktu widzenia powinny się tam znaleźć tylko informacje istotne dla diagnozy medycznej pacjenta (Barczak, 2018).

## **DLACZEGO BADANIE NEUROPSYCHOLOGICZNE NIE ZAWSZE JEST POMOCE W DIAGNOZIE?**

Neuropsycholodzy, podobnie jak lekarze neurologicy, specjalizują się w specyficznych grupach schorzeń lub problemach terapeutycznych, co wynika z ich doświadczeń zawodowych. Warto poznać kompetencje badającego neuropsychologa w konkretnej dziedzinie. Specjalista neuropsycholog zajmujący się przez wiele lat rehabilitacją

neuropsychologiczną ma inną wiedzę na temat skuteczności i zasadności podjęcia działań terapeutycznych niż inny neuropsycholog, wyspecjalizowany w diagnostyce różnicowej otępień. Pamiętając o tym, w przypadku trudnego lub rzadkiego schorzenia należy skierować pacjenta do osoby, która w danej dziedzinie ma największe doświadczenie.

Kierując pacjenta na badanie neuropsychologiczne, należy zdefiniować problem – samo „badanie funkcji poznawczych” nie wystarczy. Warto opisać podejrzaną chorobę czy potrzebę różnicowania pomiędzy poszczególnymi chorobami. Niestety, takie wskazanie niesie ze sobą ryzyko, iż niedoświadczony neuropsycholog będzie starał się potwierdzić wstępne rozpoznanie i ograniczy się tylko do danego schorzenia. Z drugiej strony wstępna sugestia zmusza do odpowiedzi w podsumowaniu na problem sformułowany w skierowaniu.

Jedną z przyczyn lekceważenia roli badania neuropsychologicznego może być specyficzny język, którym posługują się neuropsycholodzy, opisując zaburzenia. Z powodu częstego używania neologizmów, niefortunnych tłumaczeń lub kalek językowych, niekiedy również anachronizmów, niektóre opinie bywają niezrozumiałe również dla innych neuropsychologów.

Kolejnym utrudnieniem jest podanie w diagnozie tylko wyników, bez ich analizy i interpretacji, szczególnie jeśli zlecający lekarz nie ma odpowiedniej wiedzy. Często spotyka się także nielogiczne interpretacje przy niespójnych wynikach, sugerujące jednocześnie obecność i brak dysfunkcji, bez wyjaśnienia możliwych przyczyn tych rozbieżności. Ponieważ badanie neuropsychologiczne jest czymś więcej niż tylko przeprowadzaniem testów, to diagnoza oparta wyłącznie na wynikach testów jest często nieprawidłowa (np. kategoryczne rozpoznanie obecności uszkodzenia mózgu przy prawidłowym obrazie mózgowia w badaniach neuroobrazowych – tylko na podstawie wyników pojedynczego testu, bez interpretacji możliwych przyczyn).

Zdarza się także, że lekarz zlecający badanie wręcz sugeruje neuropsychologowi, którą metodą badawczą powinien wykorzystać. Jest to błąd, gdyż wiedza lekarzy dotycząca przydatności narzędzi diagnostycznych jest zazwyczaj znikoma, oparta na pojedynczych doniesieniach lub niezrozumieniu informacji o warunkach użycia testu. Niektóre metody diagnostyczne, szczególnie te rekomendowane w europejskich lub światowych wytycznych, nie są w Polsce dostępne. Przykładem może być sugestia przeprowadzenia u pacjenta ze stwardnieniem rozsianym badania z wykorzystaniem testu PASAT (Paced Auditory Serial Addition Test), powszechnie stosowanego na świecie u osób z tą chorobą (Lezak *et al.*, 2012). Niestety, metoda ta nie jest w Polsce dostępna, a nawet jeśli niektóre ośrodki nią dysponują, to zazwyczaj ich wykorzystanie obwarowane jest regulacjami sponsorowanego badania klinicznego. Narzędzia z takich źródeł nie powinny być stosowane w codziennej praktyce, ponieważ prawa do ich wykorzystania wykupił sponsor na użytek konkretnego badania. Dodatkowo wartość diagnostyczna ich polskich wersji językowych niemal zawsze jest

ograniczona, ze względu na opracowanie przez tłumaczy bez odpowiedniej wiedzy specjalistycznej.

## PODSUMOWANIE

Badanie neuropsychologiczne i wyniki badań dodatkowych są równorzędnymi składnikami diagnozy medycznej. Ma ono na celu szeroko rozumianą diagnozę funkcjonowania badanego, planowanie dalszego postępowania z pacjentem oraz ocenę skuteczności takich działań. Szczegółowe ujęcie diagnozy neuropsychologicznej zakłada wskazanie słabych i mocnych stron osoby badanej, opisanie zmian i stopnia nasilenia zaburzeń funkcji psychicznych, ustalenie biologicznych korelatów wyników, uzyskiwanych na podstawie przeprowadzonych metod diagnostycznych. Ponadto daje możliwość ustalenia, czy zmiany lub zaburzenia są związane z chorobami neurologicznymi, psychicznymi, zmianami rozwojowymi czy innymi stanami. Ocena zmian w czasie i prognozowanie pozwalają wyznaczyć kierunki rehabilitacji, oszacować możliwość powrotu do obowiązków zawodowych lub szkolnych. Ponadto poprzez psychoedukację mogą zapewnić wskazówki dla rodziny i opiekunów co do dalszego postępowania z pacjentem. Badanie neuropsychologiczne przeprowadza się w sytuacjach, kiedy deficyty są nieuchwytnie w badaniu przesiewowym lub wyniki innych badań nie przyniosły oczekiwanych rezultatów.

### Konflikt interesów

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

### Podziękowania

*Autorka składa serdeczne podziękowania dr n. med. Ewie Narożańskiej za cenne uwagi.*

### Wkład autorów

*Koncepcja i projekt badania; gromadzenie i/lub zestawianie danych; analiza i interpretacja danych; napisanie artykułu; krytyczne zrecenzowanie artykułu; zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu: AB.*

## Piśmiennictwo

- Barczak A: Badanie neuropsychologiczne w rozpoznawaniu otępień. In: Gabryelewicz T, Barczak A, Barcikowska M: Otępienie w praktyce. Wydawnictwo Termedia, Poznań 2018: 43–48.
- Barczak A, Gorzkowska A: Badanie neuropsychologiczne w rozpoznaniu otępienia. In: Gabryelewicz T, Barczak A, Barcikowska M (eds.): Rozpoznawanie i leczenie otępień. Rekomendacje zespołu ekspertów Polskiego Towarzystwa Alzheimerowskiego. Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2021: 31–38.
- Barczak A, Gorzkowska A, Klimkowicz-Mrowiec A: Ocena zaburzeń funkcjonowania poznawczego. In: Diagnostyka i leczenie otępień. Rekomendacje zespołu ekspertów Polskiego Towarzystwa Alzheimerowskiego. Medisfera, Otwock 2012: 11–29.
- Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego: Program szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie psychologii klinicznej. Warszawa 2018. Available from: [https://cmkp.edu.pl/wp-content/uploads/pdf/006-Psychologia\\_kliniczna-podstawowy-2018-1.pdf](https://cmkp.edu.pl/wp-content/uploads/pdf/006-Psychologia_kliniczna-podstawowy-2018-1.pdf).
- Englot DJ, Spann M: Neuropsychology and neurology. In: Arzubi ER, Mambrino E (eds.): A Guide to Neuropsychological Testing for Health Care Professionals. Springer Publishing Company, New York 2010: 343–368.
- Lezak MD, Howieson DB, Bigler ED et al.: Neuropsychological Assessment. 5th ed., Oxford University Press, New York 2012.
- Rascovsky K: A primer in neuropsychological assessment for dementia. Pract Neurol 2016; 7–8: 20–22, 25.
- Schroeder RW, Martin PK, Walling A: Neuropsychological evaluations in adults. Am Fam Physician 2019; 99: 101–108.
- Tomaszewska M, Chibowska P, Sitek EJ: Wybrane metody przesiewowej oceny funkcji poznawczych w różnych kontekstach klinicznych. Psychiatr Psychol Klin 2021; 21: 257–267.
- Zucchella C, Federico A, Martini A et al.: Neuropsychological testing. Pract Neurol 2018; 18: 227–237.