

Εισαγωγή

1

Παράδειγμα περίπτωσης

Η ΓΚ, μια 32-χρονη γυναίκα με μεταπτυχιακές σπουδές, οδηγούσε το αυτοκίνητό της όταν ήρθε σε μετωπική σύγκρουση με άλλο όχημα από την πλευρά του οδηγού. Η σύγκρουση προκάλεσε στροφή 180° του δικού της αυτοκινήτου. Ενώ η ίδια ανέφερε ότι δεν θυμόταν τη σύγκρουση και τη στροφή, θυμόταν ότι στα επείγοντα περιστατικά που την πήγε το ασθενοφόρο, ένιωθε ναυτία και ζαλάδες και τελικά έχασε τις αισθήσεις της. Οι γιατροί της είπαν ότι είχε πάθει διάσειση. Οι έντονες ζαλάδες της διήρκεσαν δύο εβδομάδες, ενώ τρεις μήνες αργότερα εμφανίστηκαν έντονοι πονοκέφαλοι που την καθίστούσαν ανίκανη να λειτουργήσει όπως πριν από το τραυματισμό. Λόγω των γνωστικών της ελλειμμάτων και των απρόβλεπτων πονοκεφάλων της, δεν μπορούσε να είναι συνεπής και αποτελεσματική πλέον στην εργασία της και πήρε επίδομα αναπηρίας. Υποβλήθηκε σε μια σειρά νευροδιαγνωστικών εξετάσεων, οι οποίες δεν έδειξαν σημαντική δομική παθολογία. Η αξονική τομογραφία, η οσφυϊκή παρακέντηση, το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα και το ηλεκτρονυσταγμογράφημα ήταν κατά φύση. Αντίθετα, μια μαγνητική τομογραφία έδειξε μια περιοχή ατροφίας στο δεξιό μεσεγκέφαλο, που αποδόθηκε όμως σε παιδική ίωση με επιδραση στην ακοή της από το αριστερό αυτί. Έκανε επίσης, πολλαπλές εξετάσεις και ακολούθησε θεραπευτικά προγράμματα σε πλήθος κέντρων για την αντιμετώπιση κεφαλαλγιών και χρόνιου πόνου, που δεν επέφεραν καμία βελτίωση.

Επτά χρόνια μετά την κρανιοεγκεφαλική κάκωση, η ΓΚ εξακολουθούσε να έχει πονοκεφάλους και αδυνατούσε να εργαστεί ή και να διατηρήσει ικανοποιητική κοινωνική ζωή. Για να ελέγξει τους πονοκεφάλους, έπαιρνε μια σειρά από παυσίπονα από ήπια μέχρι πολύ δυνατά (από Depon μέχρι και ενέσιμη μεθαδόνη, υπό την παρακολούθηση γιατρού). Συμπληρώνοντας τον πέμπτο χρόνο που λάμβανε

επίδομα αναπηρίας, η ασφαλιστική της εταιρεία την παρέπεμψε για μια ολοκληρωμένη νευροψυχολογική εκτίμηση με τα εξής ερωτήματα:

1. "Η αναπηρία της ασθενούς οφείλεται σε κατάθλιψη, κατάχρηση ουσιών (ναρκωτικά παυσίπονα με συνταγή γιατρού), ή είναι σωματικής φύσης;"
2. "Περιγράψτε τους περιορισμούς στη λειτουργικότητα της ασθενούς, αν υπάρχουν, και την ψυχολογική τους βάση."
3. "Περιγράψτε τα κλινικά σας ευρήματα, συστάσεις για θεραπευτική αγωγή ή περαιτέρω εκτίμηση και πρόγνωση για πλήρη ανάρρωση."

Το νευροψυχολογικό προφίλ που προέκυψε από την εκτίμηση ήταν παρόμοιο με αναφορές των μακρόχρονων γνωστικών επακόλουθων μιας κρανιοεγκεφαλικής κάκωσης. Όπως πολλοί άλλοι με κρανιοεγκεφαλική κάκωση, η ΓΚ ανέφερε δυσκολίες στη συγκέντρωση και στην εκτέλεση σύνθετων νοητικών διαδικασιών, εκνευρισμό, κόπωση, και γενικευμένη αδυναμία να λειτουργεί όπως πριν το ατύχημα. Η επίδοσή της σε δοκιμασίες νοημοσύνης, που είναι σχετικά ανθεκτικές στις επιδράσεις μιας διάχυτης εγκεφαλικής βλάβης, έδωσαν την εντύπωση ενός ατόμου με υψηλή προνοσηρή νοημοσύνη. Αντίθετα, η επίδοσή της σε δοκιμασίες προσοχής, που είναι ιδιαίτερα ευαίσθητες στην επίδραση διάχυτης βλάβης, ήταν σαφώς ελλειμματική. Τα σοβαρά αυτά ελλείμματα στην προσοχή, που έχουν άμεση σχέση με την κρανιοεγκεφαλική κάκωση της, περιόρισαν την ικανότητά της να κάνει τους συνειρμούς για να χειρίστει σύνθετα έργα και νέα μάθηση. Η επίδοσή της σε δοκιμασίες μνήμης ήταν γενικά στο χαμηλό μέσο όρο (και χαμηλότερα από ότι θα περίμενε κάποιος βάσει του νοητικού της επιπέδου), πιθανώς εξαιτίας της δυσκολίας της στην προσοχή και συγκέντρωση.

Η περιγραφή του ατυχήματος υποδεικνύει πιθανή αποσύνδεση των συνδέσμων του εγκεφαλικού στελέχους και του φλοιού, που δύσκολα ανιχνεύουν οι απεικονιστικές εξετάσεις. Διάχυτη βλάβη αυτής της μορφής είναι συχνή σε άτομα με κρανιοεγκεφαλική κάκωση και μπορεί να περιορίσει πολλές γνωστικές λειτουργίες (όπως προσοχή, νοητική ταχύτητα επεξεργασίας πληροφοριών, γενικότερη γνωστική αποτελεσματικότητα, και την ικανότητα σύνθεσης διαφόρων λειτουργιών), όμως συνήθως δεν επηρεάζει υπερμαθημένες δεξιότητες (όπως αυτές που εξετάζονται από κλίμακες νοημοσύνης). Η χρήση παυσίπονων είναι ανησυχητική, μια και οι ναρκωτικές ουσίες μπορεί να αυξήσουν την πίεση του εγκεφαλονωτιαίου υγρού, ιδιαίτερα σε ένα άτομο με κρανιοεγκεφαλική κάκωση, δημιουργώντας πολλαπλές παρενέργειες (πονοκεφάλους, ζαλάδες, αδυναμία συγκέντρωσης, αϋπνία, εξασθενημένη κρίση και κινητικές δεξιότητες, υπνηλία, ναυτία, αδυναμία, ευφορία ή δυσφορία, εκνευρισμό, και αποπροσανατολισμό), και ενέχει το ενδεχόμενο εθισμού. Δεδομένης της έλλειψης ιστορικού κατάχρησης ουσιών, μπορεί πράγματι η χρήση τόσο δυνατών παυσίπονων από τη ΓΚ να οφείλεται στους χρόνιους πονοκεφάλους. Το παρόν νευροψυχολογικό προφίλ συνάδει με τα επακόλουθα μιας κρανιοεγκεφαλικής κάκωσης, άσχετα με τη

χρήση ναρκωτικών ουσιών. Εφόσον η μεγαλύτερη ανάκαμψη συμβαίνει στα πρώτα 2-3 χρόνια μετά την κρανιοεγκεφαλική κάκωση, η πρόγνωση για περαιτέρω ανάκαμψη της ΓΚ δεν είναι ενθαρρυντική. Συνιστάται πρώτα η καλύτερη διαχείριση των πονοκεφάλων της και μετά γνωστική αποκατάσταση για να αντισταθμίσει τις αδυναμίες της.

Η περίπτωση της ΓΚ είναι ένα καλό παράδειγμα του ρόλου μιας νευροψυχολογικής εκτίμησης. Πιο συγκεκριμένα, δείχνει το είδος των πληροφοριών που μπορεί να παράσχει η νευροψυχολογική εκτίμηση. Συνθέτει πληροφορίες από πολλές πηγές -και ποιοτικές και ποσοτικές- ώστε να δημιουργήσει όσο το δυνατόν πιο ολοκληρωμένη εικόνα του εξεταζόμενου. Έχει επίσης τη δυνατότητα να διαλευκάνει ή να εντοπίσει περιοχές δυσλειτουργίας που δεν μπορούν να εντοπίσουν τα νευροαπεικονιστικά μέσα και να τεκμηριώσει τη φύση και την έκταση των γνωστικών ελλειμμάτων. Αφού συνθέσει αυτές τις πληροφορίες, ο κλινικός νευροψυχολόγος προτείνει την αιτιολογία ή την παθοφυσιολογία του προβλήματος. Τέλος, παρέχει συστάσεις σχετικά με την πρόγνωση και πιθανή θεραπευτική παρέμβαση για την αποκατάσταση των γνωστικών ελλειμμάτων. Με αυτόν τον τρόπο, η νευροψυχολογική εκτίμηση μπορεί να διαλευκάνει ένα μυστήριο ή να επιβεβαιώσει υποψίες από τη νευρολογική εξέταση σχετικά με τη διάγνωση. Ολοένα και περισσότερο, ο ρόλος της νευροψυχολογικής εκτίμησης είναι στενά συνδεδεμένος με το σχεδιασμό της πιο κατάλληλης αποκατάστασης. Οι στόχοι του κλινικού νευροψυχολόγου δταν αναλαμβάνει μια νευροψυχολογική εκτίμηση συνοψίζονται στον Πίνακα 1 (Kolb & Whishaw, 2003).

Από τα παραπάνω φαίνεται η ανάγκη για μια εξατομικευμένη προσέγγιση στη νευροψυχολογική εκτίμηση. Ακόμη και δταν δυο περιπτώσεις έχουν την ίδια κλινική εικόνα, η αιτία μπορεί να είναι εντελώς διαφορετική. Ένας 25-χρονος νεαρός με προβλήματα μνήμης μετά από τροχαίο και μια 60-χρονη γυναίκα με προβλήματα μνήμης δεν θα εξεταστούν απαραίτητα με τον ίδιο τρόπο, παρόλο που και οι δυο παραπέμπονται για εκτίμηση των μνημονικών τους προβλημάτων. Και στις δυο περιπτώσεις, θα πρέπει να κάνουμε εκτενή εκτίμηση διαφόρων ειδών μνήμης και προσοχής, όπως και άλλων ανώτερων γνωστικών λειτουργιών (π.χ., αιφαιρετική σκέψη, κρίση και συλλογισμό). Συνεκτιμώντας, όμως, το ιστορικό του καθένα, στην πρώτη περίπτωση θα δώσουμε πιο πολύ έμφαση στις εκτελεστικές λειτουργίες και σε θέματα ανάκαμψης και αποκατάστασης, ενώ στη δεύτερη περίπτωση, θα δώσουμε πιο πολύ έμφαση σε χρονικούς παράγοντες σχετικά με το πρόβλημα (π.χ., πότε άρχισαν τα προβλήματα, πόσο γρήγορα έχουν επιδεινωθεί, ποιες άλλες λειτουργίες παρουσιάζουν έκπτωση), στις εντυπώσεις των μελών της οικογένειας για αλλαγές στη συμπεριφορά ή την προσωπικότητα, πιθανό οικογενειακό ιστορικό άνοιας, εκτίμηση της προσωπικότητας, κ.ά. Εξετάζουμε πάντα την κάθε περίπτωση σύμφωνα με τις ανάγκες, τις ικανότητες και τα προβλήματα του συγκεκριμένου ατόμου.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1.1 Στόχοι της νευροψυχολογικής εκτίμησης.

Διάγνωση και εντοπισμός	Υπάρχει εγκεφαλική δυσλειτουργία ή βλάβη και που εντοπίζεται αυτή; Γίνεται έγκυρη και αντικειμενική εκτίμηση των γνωστικών ικανοτήτων.
Φροντίδα	Προτάσεις για τη θεραπευτική φροντίδα του πελάτη και για πρόγραμμα αποκατάστασης. Με επανειλημμένες εκτιμήσεις, υπολογίζεται ο ρυθμός της ανάκαμψης και η δυνατότητα για επιστροφή στο προνοσηρό επίπεδο διαβίωσης (εργασία ή σπουδές).
Προσδιορισμός διαταραχής	Υπάρχουν ήπιες διαταραχές που πιθανώς να μην εντοπίζονται στις νευροαπεικονιστικές μελέτες (π.χ., ήπια κρανιοεγκεφαλική κάκωση, πρώιμη εκφύλιση);
Προσδιορισμός εγκεφαλικής οργάνωσης	Το άτομο έχει μη τυπική εγκεφαλική λειτουργική οργάνωση; Πολύ σημαντική πληροφορία, κυρίως για αριστερόχειρες ή άτομα με εγκεφαλικό τραύμα από την παιδική ηλικία. Η διαπίστωση μη τυπικής οργάνωσης είναι κρίσιμη για του νευροχειρούργους, ώστε να αποφευχθεί η αφαίρεση τμήματος της πρωταρχικής γλωσσικής περιοχής.
Εστιακή επιληψία	Όταν υπάρχει εστιακή επιληψία, η γνωστική εκτίμηση είναι ο μόνος τρόπος επιβεβαίωσης παθολογικού ηλεκτρογεγκεφαλογραφήματος, αφού οι ακτινολογικές εξετάσεις δεν μπορούν να υποδειχτούν τους εγκεφαλικούς ιστούς όπου προκαλούνται οι κρίσεις.
Τεκμηρίωση ανάκαμψης	Υπάρχει αυτόματη ανάκαμψη κατόπιν εγκεφαλικής βλάβης; Η εκτίμηση της ανάκαμψης συμβάλλει στις προτάσεις για την αποκατάσταση και στον προσδιορισμό της αποτελεσματικότερης ιατρικής θεραπευτικής αγωγής.
Ρεαλιστικοί στόχοι	Γνωρίζουν ο πελάτης και η οικογένειά του την κατάσταση του πελάτη και τι σημαίνει αυτό για τη μελλοντική του λειτουργικότητα; Η κατανόηση των περιορισμών, αλλά και των ακέραιων ικανοτήτων του πελάτη, συμβάλλει στη δημιουργία ρεαλιστικών στόχων (π.χ., αλλαγές στο χώρο εργασίας ή αλλαγή επαγγέλματος) και στην εκτίμηση της ανάγκης για συμμετοχή σε πρόγραμμα γνωστική αποκατάστασης.

Η φύση της νευροψυχολογικής εκτίμησης είναι τέτοια που απαιτεί γνώσεις και δεξιότητες από πολλές επιστημονικές περιοχές. Ένας καλός κλινικός νευροψυχολόγος πρέπει να έχει διαπροσωπικές δεξιότητες, ώστε να μπορεί να διεξαγάγει μια εκτενή κλινική συνέντευξη και εμπειρία στη συμβουλευτική. Πρέπει

να έχει καλή αντίληψη των κοινωνικών και πολιτισμικών παραγόντων που επηρεάζουν την ανθρώπινη συμπεριφορά, όπως επίσης και ψυχοδιαγνωστικές γνώσεις και δεξιότητες. Απαραίτητες επίσης είναι οι γνώσεις στατιστικής και ψυχομετρίας. Τέλος, χρειάζεται να κατέχει τη λειτουργία του ανθρώπινου νευρικού συστήματος και να γνωρίζει γενική παθολογία. Συχνά τα άτομα που εργάζονται ως κλινικοί νευροψυχολόγοι προέρχονται από διάφορες ειδικότητες και πολλοί από αυτούς υπήρξαν ή εξακολουθούν να εργάζονται και ως ερευνητές. Άσχετα με την προηγούμενη εκπαίδευση, οι επιπλέον γνώσεις και κλινικές δεξιότητες που χρειάζονται για να μπορεί κάποιος να λειτουργήσει αυτόνομα ως κλινικός νευροψυχολόγος απαιτούν επένδυση χρόνου και προσπάθειας για περαιτέρω εκπαίδευση.