

- ech RR.: *A long-term follow-up of stroke patients.* Stroke 1997;28:507-512.
7. Wassertheil-Smoller S, Applegate WP, Berge K, Chang CJ, Davis BR, Grimm R Jr, Kostis J, Pressel S, Schron E.: *Change in depression as a precursor of cardiovascular events. SHEP Cooperative Research Group (Systolic Hypertension the Elderly Patients).* Arch Intern Med 1996;156:553-561.
8. Bjorntorp P.: *Stress and cardiovascular disease.* Acta Physiol Scand Suppl 1997;640:144-148.
9. Cunningham LA.: *Depression in the medically ill: choosing an antidepressant.* J Clin Psych 1994; 55 /suppl A/: 90-97.
10. Swinkels JA, de Jonghe F.: *Safety of antidepressants.* Int. Clin Psychopharmacol 1995; 9 /suppl 4/: 19-25.
11. Varga D, Pék M, Nagy Z.: *Post-stroke állapotok pszichiátriai vonatkozásai. (Post-stroke depresszió kezelése moclobemiddel.)* Clin Neurosci/Idegy Szle 1997;50:169-176.
12. Kase CS, Wolf PA, Kelly-Hayes M, Kannel WB, Beiser A, D'Agostino RB.: *Intellectual decline after stroke: the Framingham Study.* Stroke 1998;29:805-812.
13. Kokmen E, Whisnant JP, O'Fallon WM, Chu C.-P., Beard CM. *Dementia after ischemic stroke: a population-based study in Rochester, Minnesota (1960-1984).* Neurology 1996; 46: 154-159.
14. Burwill PW, Johnson GA, Jamrozik KD et al. *Anxiety disorders after stroke: results from the Perth Community Stroke Study.* Br J Psych 1995; 166: 328-332.
15. Rabins PV, Starkstein SE, Robinson RG. *Risk factors for developing atypical /schizophreniform/ psychosis following stroke.* J Neuropsych Clin Neurosci 1991; 3: 6-9.

Pataky Ilona

## Kognitív rehabilitáció post-stroke állapotokban

### Összefoglalás:

A stroke - vagy egyéb organikus károsodás - következtében kialakult, a mentális funkciókat érintő változások vizsgálatával, és kezelésével a klinikai neuropszichológia foglalkozik. A teljesség igénye nélkül, a cikk ennek a viszonylag új tudományágnak a következő aspektusaira tér ki:

1. A klinikai neuropszichológia fő működési területei. 2. A kognitív rehabilitáció kiindulási pontja, általános alapelve. 3. Tapasztalatok a stroke következtében kialakult, a lelki tevékenységet érintő tünetek, tünetegyüttesek, és ezek kognitív tréningjére vonatkozóan.

### 1. A klinikai neuropszichológia fő működési területei

Sokféleképp közelíthető meg a stroke következtében kialakult pszichés működésváltozások vizsgálata, kezelése. A klinikai neuropszichológia napjainkra ugyan már elvesztette azt az előnyt, amelyet a funkciódeficitok térképezése révén - a szakma zseniális atyja, A.R. Lurija<sup>1</sup> munkássága nyomán - a központi idegrendszer sérülésének lokalizációjában a század negyvenes éveiben és az azt követő időszakban megszerzett. A modern képalkotó eljárások ezen a téren sokkal többet és főleg

megbízhatóbban mutatják a központi idegrendszer morfológiai változásait. Sőt a PET, SPECT stb. vizsgálatok, széles skálájának alkalmazásával, a képalkotókkal párhuzamosan végzett pszichológiai teljesítményteszt segítségével a funkcionális térképezés is lehetővé vált. Aktuálisan is folynak igen széleskörben a kísérleti lélektannal, neuroradiológiával, az agyi elektromos tevékenység követésével, stb. karöltve azok a kutatások, melyek a kognitív működés modellezését vannak hivatva szolgálni.

A megközelítés módja ezekben a vizsgálatokban akár a klinikai, akár a kísérletes szakma képviselőit nézzük, mindenkor a hiánytünetek megragadása, a deficitiek felől történik - *szindróma-analízis*. A klinikai neuropszichológia rövid történelmének újabkori szakaszában a szempontok kiegészítődnek az ép pszichés funkciók vizsgálatával ekkor beszélhetünk *kognitív térképezésről*. Ezzel párhuzamosan jogos az az igény, amely a mentális működés, a pszichés funkciódeficitok összehasonlíthatóságát, mérhetőségét, változásának nyomonkövetését számadatokban kifejezhetővé kívánja tenni, standardizált feladatokat alkalmazva - ez pedig a *pszichometria* tárgykörébe tartozik. A neuropszichológia legújabbkori történetében pedig egyre nagyobb teret nyert az egy-egy pszichés funkcióra vonatkozó, ezen belül

azonban igen finom elemzésekre vállalkozó kutatás. Éppígy napjainkban a fejlődés neuropszichológia a mentális működésdeficitok, a korai magatartászavarok kialakulásának hátterét, jellegzetességeit tárják föl.

A klinikai neuropszichológia vizsgáló eszközeit, baktériáit, pszichometriai eljárásait legátfogóbban periodikusan megjelenő a Neuropsychological Assessment címet viselő összefoglaló műben M. Lezak<sup>2</sup> ismerteti.

### 2. A kognitív rehabilitáció kiindulási pontja, általános alapelve

Ahhoz, hogy az ember a különböző organikus agykárosodott betegek kognitív- és viselkedésdeficitjeinek kezelésében eredményesen működhessen, elengedhetetlen a széleskörű diagnosztikus tapasztalat. Éppígy nélkülözhetetlen, hogy a funkciódeficitok vizsgálata közben kitekintést nyerjünk az épen maradt pszichés funkciókra.

Azt kell látnunk tehát, hogy nem arról van szó - mint korábban föltételezték -, hogy föltérképezve a részletes neuropszichológiai vizsgálat során az ép és sérült kognitív funkciókat a beteggel közösen kialakítjuk a rehabilitációs stratégiát<sup>3</sup>, hanem inkább arról, hogy legalább ilyen fontos megismerkednünk a beteg kognitív stílusával, azzal, ahogyan az exponált problémahelyzetben viselkedik, ahogyan a megoldási kísérle-

Pataky Ilona  
Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet  
Agyérbetegségek Országos Központja  
1021 Budapest, Hűvösvölgyi út 116.

teinek kudarcát fogadja, illetve azzal, hogy mely próbálkozásai, stratégiaváltásai sikeresek.

A nagy gyakorlattal rendelkező klinikai neuropszichológus számára - a neurológiai és neuroradiológiai előzmények és egyéb eljárásokkal nyert adatok ismeretében - a kognitív rehabilitáció szempontjából az az információ releváns, amely a deficitiek észlelésével kapcsolatban a beteg problémamegoldó repertoárjában fölbukkan -megküzdési stratégiák. Másképpen fogalmazva, túlhaladottnak kell tekintenünk azt az elképzelést, amely szerint egy-egy funkciódeficit kezelésére vonatkozó tanács, avagy a sérült tevékenység gyakoroltatása elegendő a rehabilitációhoz. Gondoljunk csak végig! A beteg, akinek meg is mondták, hogy mit kell tennie, csak még súlyosabb helyzetbe kerül, a kezelőszemélyzet „jótanácsai” révén, mivel nem tudja megcsinálni<sup>4</sup>. Azok az ötletek, javaslatok, melyek az adott, konkrét deficit megszüntetésében számunkra, egészséges, és teljesen más kognitív stílussal működő ember számára oly természetesek lehetnek, a beteg gondolkodásmódjától idegenek, számára nem megfogadhatók.

Ahhoz, hogy a kognitív rehabilitációban hatékonyak lehessünk, nem<sup>5</sup> a megoldási kísérletek kudarcait - nem a miérteket - keressük, hanem azt, hogy:

Észleli-e a beteg, a vizsgálati helyzetben a megoldási kísérletek kudarcát,

- ha nem, hogyan vezethető rá, hogy észlelje.
- ha észleli, hogyan reagál. Bénítólag hat-e a megváltozott mentális működéssel való szembesülés, és akkor
  - ez spontán oldódik
  - segítséget igényel, de
  - az oldódás viszonylag könnyen bekövetkezik
  - komoly munkát igényel a teljesítmény-görcs külső segítséggel történő oldása.

Avagy viszonylag megrázódtatástól mentesen a feladat megoldásának új módozatai felé fordul.

Mindez tehát azt jelenti, hogy igen bizonytalan talajon áll a klinikai neuropszichológus tevékenysége. Akkor eredményes, ha már a vizsgálat során olyan feladatokat exponál, melyek megoldási esélye 50 százalékos, vagyis alkalmas arra, hogy a kognitív deficitiek föltárása mellett a beteg tapasztalatot szerezzen a megváltozott kognitív működéséről, arról, hogy hogyan képes megoldani a fölmerülő problémákat a vele történt események után.

Életünk során ugyanis rengeteg ismeretet, tapasztalatot halmoztunk föl. Tudásunk a világról, tágabb és szűkebb környezetünkről, magunkról tartalmazza azt is, hogy az eddig fölmerült problémákkal milyen eséllyel vesszük föl a harcot, mik az erősségeink, a gyengénk, milyen segítő stratégiák bevetése, mikor, mennyire eredményes. A stroke után nagyon gyakran mindezek érvényüket veszítik. A betegnek ilyenkor azzal kell szembenéznie a fölmerülő probléma esetén, hogy úgy, ahogyan eddig a helyzeteket megoldotta, nem tudja. Másképp fogalmazva: semmi sem megy úgy, ahogy eddig. Érzéseiben pedig ebből a kijelentésből - a pszichológia törvényszerűsége szerint - csekély változtatással előáll az az élmény, hogy: amit eddig tudtam, abból most semmit sem tudok. A klinikai neuropszichológiai vizsgálat célja éppen az, hogy ebből a rendkívül negatív, a tevékenységet megbénító helyzetből kikerüljön a beteg, azzal, hogy pontosan körvonalazódik, mi az, amit tud, és amit nem - ép és sérült kognitív funkciók térképezése. A változtatás igénye, a kognitív rehabilitációban való együttműködés csak úgy valósítható meg, ha saját teljesítőképességének megváltozottáról reális képet alakít ki a beteg. Éppígy elengedhetetlen, hogy nemcsak a diagnosztikus szakaszban, de a terápiás periódusban is saját teljesítményét folyamatosan értékelje a beteg. Ahhoz, hogy ez az értékelés reális legyen, szükséges olyan tesztek

fölvétele, melyek eredménye számokban kifejezhető. Ez egyúttal biztosítja a változás, a rehabilitáció hatékonyságának regisztrálását is. Főlölegessé válik a gyógyító személyzet visszajelzése, a beteg maga is meg tudja ítélni, hogy: Ma jobban ment, mint egy hete - ha ezt számok is tanúsítják.

Az együttes munkát előszerződs alapján kezdjük meg, mely gyakorlatilag a 3-4 alkalomra terjedő szűrővizsgálat. Ezalatt megismerkedik a beteg magával a helyzettel, amelyben együtt dolgoznak, a feladatvégzés kínjával, a saját kudarcútírásával, megváltozott működésével, a vizsgálatvezető stílusával, mindazzal az információval tehát, amelynek nyomán dönteni képes, vállalkozik-e a föltárt kognitív deficitiek kezelésére, vagy sem. Amennyiben nem, módunk nyílik más szakemberhez irányítani betegünket.

2.6. A további, tartós együttműködést szerződésben rögzítjük.

- Ebben megfogalmazódik
- a cél, amelynek elérésére együttesen vállalkozunk,
  - az otthoni feladatok, ennek érdekében,
  - az egyes ülések tematikája, amivel foglalkozunk,
  - a konkrét feladatokban a várható eredmény
    - megbecsülése,
    - a saját teljesítmény utólagos értékelése,
    - önértékelés, önkontroll funkciók fejlesztése,
    - a kezelés várható időtartama.

Mindezek tehát biztosítják azokat a kereteket, amelyek között folyik a kezelés, lehetővé téve, hogy az improduktív, sztereotípen ismétlődő megoldásmódok gátlójanak, az operatívak, a megváltozott körülmények között is hatékonyak pedig serkentődjenek, s más szituációban is alkalmazásra - transzfer - kerüljenek<sup>6</sup>.

A kognitív rehabilitációban nem nélkülözhető a környezettel, a családdal való szoros együttműködés. A beteg önmagáért folytatott erőfeszítéseinek optimalizálásában fontos szerepe van a hozzátartozóknak. Mint ahogy a beteg önmaga

íránt támasztott elvárásainak újragondolása nem könnyű feladat, a család számára is nehéz elkerülni az összehasonlítást a múlttal. Szerencsés, ha a család egyik tagja részt tud venni a foglalkozásokon, ha csak némelyiken is, s tapasztalatot szerez arról, hogyan segíthet hatékonyan a betegnek a problémamegoldási botladozásokban, s hogy annyit és azt várja el a beteg-től, amennyit és amit képes teljesíteni. Szükségtelenül ne bonyolódjanak a családtagokkal végeérhetetlen játszmákba.

### 3. Tapasztalatok a stroke következtében kialakult, a lelki tevékenységet érintő tünetek, tünetegyüttesek kezelésére vonatkozóan

Az egyik legfontosabb, és legnehezebben megfogadható tanács, hogy adjunk időt betegünknek tapasztalatot szerezni saját, megváltozott teljesítményéről. Bátorítsuk kísérleteit, melyek ezen tapasztalatok megszerzésére irányulnak, s segítsük a hozzátartozókat, hogy ebben a szellemben tudjanak ők is működni. Hogyan tegyük mindezt? Hiszen mégsem engedhető, hogy korlátlanul, kontroll nélkül mindenbe belevágjon az önmagával még csak most ismerkedő beteg.

Éppen ezért fontos az együttműködési megállapodásban említett közösen kitűzött cél, mert ennek elérése érdekében képes lemondani más, a számára kevésbé fontos dolgokról, az aktuálisan képességeit meghaladó tervekről. Ebben a helyzetben már nem kellek és tiltások, tehát nem az úgynevezett szabályok szerint ítéljük meg a produkciót, hanem a várhatóhoz mérten.

Kritikus pontja a kognitív rehabilitációnak az értékelés. Hajlamosak vagyunk aktuális teljesítményünket összehasonlítani a korábbiakkal. Ebben az összehasonlításban a múlthoz való viszonyítás azt jelzi, hogy a beteg nem néz szembe (nem tud vagy nem akar vagy egyéb indokok miatt) azzal, ami lezajlott nála, hogy a stroke után már nem várhatjuk el önmagunktól ugyanazt, mint

előtte. Hiába mondanánk a betegnek, hogy a jelen produkciót a betegség kezdetétől viszonyítsa, ha benne erről nincs tapasztalat, s valójában ő szeretné meg nem történné tenni a katasztrófát. A megfogalmazott cél valahol ezen az úton ehhez vezet, így a betegben élő elvárások átmenetileg az egyezség szellemében átértékelhetőkké válnak.

Jogos kérdés, a rehabilitáció szempontjából azonban zsákutca: Miért történt ez? Helyesebb és megválaszolható az a kérdés, hogy: Hogyan tudok változtatni a kialakult állapoton? Ahhoz, hogy a miértekből hogyan tovább legyen, ismét csak a szerződésben megfogalmazott célok nyújtanak segítséget. Anélkül persze, hogy bagatellizálnánk az okokat, bizony állíthatjuk, hogy ennek a problémának a részletes kifejtése nem visz előre a megismerő funkciók reorganizációjában. Arra a kérdésre tehát nem ad választ, hogy ha az adott feladatot nem tudtam első nekifutásra megoldani, hogyan, milyen stratégiaváltás révén lehetek eredményes mégis. Ha tapasztalatot szerzek különböző típusú és nehézségi fokú problémák megoldásában, ezzel a megváltozott problémamegoldó készségemről is adekvát képem alakul ki, ismét tudom, mit és mennyit kockáztassak, mire vállalkozhatom.

A következő fontos szempont örök gond a gyógyítás történetében. A tudom, hogy mit kell csinálni még nem jelenti azt, hogy képes is vagyok megtenni. A kezelő személyzet - mi magunk - mintha megfelelkezne folytonosan erről a tényről. Utasításokat sulykolunk, tanácsokat adunk, előírunk a betegeknek dolgokat. Tesszük ezt anélkül, hogy meggyőződnenk róla, be is tudja tartani az illető ezeket. Hasonlóképpen járunk el a hozzátartozókkal kapcsolatban is. Megmondjuk nekik, mit tegyenek, és mit nem. Látszólag hosszabb, de föltétlen eredményesebb útja a tevékenységnek, ha a beteg és hozzátartozó lehetőségeiből indulunk ki. Erre kínál alkalmat a hozzátartozó jelenlété-

ben, vagy hármásban folytatott munka. A foglalkozások végén (általában 50 percesek a foglalkozások, a beteg teherbíró képességétől függően, s hetenkénti gyakoriságuk a szerződésben kerül rögzítésre) együttesen értékeljük a produkciót, azt, hogy mi volt az a minimális segítség, ami elegendő volt a sikerhez, s hogy a családtag a maga részéről hasonló helyzetben miként járna el.

Mi, akik a szavak bővületében élünk, megfelelkezünk arról, hogy egy-egy gesztus bővebben informál olykor, mint hosszú körmondatok. Próbálják ki! Adott szituációban a szavaknak hiszünk-e, avagy a gesztusoknak? Nos, a betegek is ugyanígy vannak vele. Semmit nem ér számukra a szavakban hangoztatott biztatás, ha a feladatvégzés közben nem bíznunk bennük, vagyis az optimálisnál többet beleavatkozunk a megoldási kísérletükbe. Nézzünk egy példát! A hozzátartozó érzése szerint túlságosan nehéz feladatot adtunk a betegnek, s már éppen készült segíteni, amikor feszessé vált karjára helyezve kezünket megkérdeztük: Mi történik, ha egy kicsit még várunk? - képes volt végig a foglalkozás alatt türelmesen végignézni „férje szenvedését”, s maga jegyezte meg: „Igen, értem. Túlságosan türelmetlen vagyok, hamar segíték, és ez nem jó. Nagyon nehéz megállni, amikor látom, milyen ügyetlen. Értem. Megpróbálom, mert akkor többet teszek érte.”

### Irodalomjegyzék:

1. Lurija.A.R.: *Válogatott tanulmányok*. Gondolat, Budapest 1975. -
2. Lezak M.D.: *Neuropsychological Assessment 3. ed.* New York: Oxford Univ. Press. 1995. -
3. Kapur N.: *Managing your memory*. Suthampton, 1991. -
4. von Steinbüchel N., von Cramon D.Y., Pöppel E. (eds.): *Neuropsychological Rehabilitation*. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg. 1992. -
5. Pataky I.: *Neuropszichológiai rehabilitáció a pszichiátriában*. in.: *Füredi szerk.: A pszichiátria magyar kézikönyve*. Medicina, Budapest 1998.
6. Pataky I., Nagy Z.: *Stroke betegek kognitív rehabilitációja* in: *Nagy Z. szerk.: Stroke ellátás*. Springer Hung. Budapest, 1999.