

# Γνωστική Αποκατάσταση Νευροψυχολογικών Διαταραχών

Ε Π Α Γ Γ Ε Λ Μ Α Τ Ι Κ Ο Σ Ο Δ Η Γ Ο Σ



**EDITORS**

**Brick Johnstone  
Henry H. Stonnington**

**ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΚΔΟΣΗΣ**

**Λάμπρος Μεσσίνης  
Ανδρέας Καστελλάκης**



**GOTSIS  
ΕΚΔΟΣΕΙΣ**

# Περιεχόμενα

Σχετικά με τους Επιμελητές .....	9
Πρόλογος .....	11
Πρόλογος ελληνικής έκδοσης .....	15
Για την ελληνική έκδοση .....	17
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	19
2. Η ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΑΙ Η ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΠΡΟΣΟΧΗΣ .....	47
3. Η ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΑΙ Η ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΤΗΣ ΜΝΗΜΗΣ .....	77
4. Η ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΑΙ Η ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΤΗΣ ΕΚΤΕΛΕΣΤΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ .....	115
5. Η ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΑΙ Η ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΟΠΤΙΚΟ-ΧΩΡΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ .....	161
6. Η ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΑΙ Η ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΓΛΩΣΣΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ .....	203
7. ΕΘΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΟΤΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ ΓΙΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΝΕΥΡΟΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ .....	241
Παράρτημα 7.1: Κεντρικά Γραφεία Κρατικών Φορέων Επαγγελματικής Αποκατάστασης (ΗΠΑ) .....	251
Ευρετήριο .....	257

# Εισαγωγή

**Brick Johnstone**  
**Henry H. Stonnigton**

Η γνώση σε ό,τι αφορά στη ειδική φύση των εγκεφαλικών δομών και λειτουργιών έχει αυξηθεί σημαντικά τον τελευταίο αιώνα. Αρκεί μόνο να εξετάσει κανείς την περίπτωση του Phineas Gage, του δυστυχούς που εξαιτίας μιας έκρηξης, μία μεταλλική ράβδος διαπέρασε το κρανίο και τον αριστερό πρόσθιο λοβό του το 1848, για να κατανοήσει πόσο μεγάλη πρόοδος έχει λάβει χώρα (Barker, 1995). Εκείνη την εποχή, ελάχιστα ήταν γνωστά σχετικά με το πώς ο εγκέφαλος ελέγχει τις γνωστικές ικανότητες, το συναίσθημα και τη συμπεριφορά, και οι άνθρωποι που ζούσαν τότε δεν ήξεραν τι προκάλεσε τις αλλαγές στην προσωπικότητα και τη συμπεριφορά του Gage, καθώς επίσης και τι μπορούσαν να κάνουν γι' αυτές. Το ενδιαφέρον για τη λειτουργία του εγκεφάλου έχει αυξηθεί τόσο πολύ, που το 1990 χαρακτηρίστηκε ως δεκαετία του εγκεφάλου. Επίσης το ενδιαφέρον και η γνώση των καθημερινών ανθρώπων (μη ειδικών) για τη λειτουργία του εγκεφάλου αυξήθηκε όπως αναδεικνύεται από την ανάγνωση διάσημων βιβλίων όπως του Oliver Sack (1986) «*Ο άνθρωπος που μπέρδεψε τη γυναίκα του με ένα καπέλο*». Όμως, παρ'όλες τις σημαντικές προσπάθειες που έγιναν στην ανάπτυξη των δοκιμασιών για την εκτίμηση των εγκεφαλικών λειτουργιών, υπάρχει ακόμα ανάγκη για ανάπτυξη αποτελεσματικών θεραπευτικών παρεμβάσεων με στόχο τη βελτίωση συγκεκριμένων νευροψυχολογικών διαταραχών, και τελικώς τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής των ανθρώπων με εγκεφαλική δυσλειτουργία.

Είναι παγκοσμίως κατανοητό ότι ο εγκέφαλος ευθύνεται για τα χαρακτηριστικά του ατόμου, και ότι συγκεκριμένα ελέγχει:

- γνωστικές ικανότητες (π.χ. μνήμη, προσοχή, αφαιρετική ικανότητα κ.ά.)
- προσωπικότητα (π.χ. ταυτότητα, διαγωγή, αίσθηση του χιούμορ, μοναδικότητα κ.ά.)
- συναισθήματα (π.χ. κατάθλιψη, άγχος, ευφορία κ.ά.)

- συμπεριφορές (π.χ. χαρακτηριστικά γνωρίσματα, συνήθειες κ.ά.)
- επικοινωνία (π.χ. ικανότητα έκφρασης, ικανότητα κατανόησης άλλων)
- κοινωνικές δεξιότητες (π.χ. ικανότητα ερμηνείας–αποκωδικοποίησης κοινωνικών ενδείξεων, ικανότητα αλληλεπίδρασης με άλλους κ.ά.)
- κινητικές ικανότητες (π.χ. ικανότητα ελέγχου αδρών και λεπτών κινήσεων)
- αισθητηριακό–αντιληπτικές ικανότητες (π.χ. ικανότητα γεύσης, όρασης, ακοής, αίσθησης και οσμής).

Αυτά τα χαρακτηριστικά και οι ικανότητες που βασίζονται στον εγκέφαλο επηρεάζονται συνεχώς τόσο από παράγοντες φυσιολογίας όσο και από περιβαλλοντικούς παράγοντες, από την παιδική ηλικία μέχρι και τη γεροντική ηλικία. Για παράδειγμα, ο εγκέφαλος συνεχώς αλλάζει, όπως αποδεικνύεται από την ιεραρχική ανάπτυξη των γνωστικών δεξιοτήτων στα παιδιά (π.χ. από την συγκεκριμένη στην αφηρημένη σκέψη, ανάπτυξη της ανάγνωσης και των ακαδημαϊκών ικανοτήτων, εκμάθηση κοινωνικοποίησης με άλλα παιδιά), στη μείωση των γνωστικών (π.χ. αμέλεια) και των φυσικών ικανοτήτων (π.χ. όραση, ακοή, κινητικές δεξιότητες) στη γεροντική ηλικία. Επιπρόσθετα, ο εγκέφαλος αποτελείται από δισεκατομμύρια νευρώνες και νευρογλοιακά κύτταρα τα οποία σχηματίζουν περίπλοκα νευρωνικά δίκτυα, τα οποία ακόμα δεν είναι πλήρως κατανοητά. Τραυματισμοί σε οποιονδήποτε από αυτούς τους νευρώνες ή δίκτυα μπορούν να επηρεάσουν ένα πλήθος δεξιοτήτων. Οι νευροψυχολογικές ικανότητες (π.χ. γνωστικές, συμπεριφορικές, συναισθηματικές) ελέγχονται από πολλούς παράγοντες όπως είναι οι εγκεφαλικές δομές (π.χ. φλοιώδης ιστός, αιμοφόρα αγγεία, προστατευτικές μεμβράνες), ηλεκτρικές ώσεις, νευροδιαβιβαστές και χημικά στοιχεία, υγρά που έχουν προστατευτικό και θρεπτικό ρόλο (δηλ. εγκεφαλονωτιαίο υγρό, αίμα), και άλλες λειτουργίες ομοιόστασης που ρυθμίζουν και διατηρούν συγκεκριμένες εγκεφαλικές ικανότητες (π.χ. ενδοκρανική πίεση). Προφανώς, ο εγκέφαλος είναι ένα ιδιαίτερα πολύπλοκο όργανο και οι λειτουργίες του μπορεί να επηρεαστούν από πολλούς παράγοντες.

Είναι δύσκολο να κατανοήσει κανείς τον όρο «φυσιολογική» εγκεφαλική λειτουργία μέχρις ότου παρατηρήσει τη μη φυσιολογική εγκεφαλική λειτουργία, όπως στην περίπτωση του Phineas Gage, μετά τον εγκεφαλικό τραυματισμό του. Τα περισσότερα άτομα θεωρούν τον εγκέφαλό τους δεδομένο και δεν εκτιμούν το ρόλο του στον προσδιορισμό της προσωπικότητάς τους και στον έλεγχο των ικανοτήτων τους, μέχρι που ο εγκέφαλος τραυματιστεί ή νοσήσει από κάποια εκφυλιστική ασθένεια. Για παράδειγμα, πολλά άτομα που υποφέρουν από εγκεφαλικούς τραυματισμούς ή ασθένειες (π.χ. εγκεφαλικά αγγειακά επεισόδια, νόσος Alzheimer ή Πάρκινσον, όγκοι, επιληψία, πολλαπλή σκλήρυνση, υπνική άπνοια, έκθεση σε τοξίνες, ασθένειες συνδετικού ιστού όπως ο ερυθματώδης λύκος κ.ά.) έχουν δυσκολίες στο να κατανοήσουν γιατί δε μπορούν πια να εκφράσουν απλές σκέψεις, να κινήσουν την αριστερή πλευρά

του σώματός τους, να θυμηθούν πράγματα ρουτίνας, να ελέγχουν τα συναισθήματά τους, ή να καταστέλλουν τον εκνευρισμό τους. Συνεπώς, ο ρόλος των επαγγελματιών αποκατάστασης είναι να βοηθήσουν τα άτομα με εγκεφαλικούς τραυματισμούς και ασθένειες να κατανοήσουν πως ο τραυματισμός ή η ασθένεια τους έχει επηρεάσει, τί μπορούν να κάνουν οι ίδιοι και οι οικογένειές τους για να αντισταθμίσουν τις διαταραχές και να επιστρέψουν σε παραγωγικούς ρόλους στο σπίτι και στην κοινωνία.

Επειδή ο εγκέφαλος είναι ένα τόσο πολύπλοκο όργανο, και επειδή κάθε άνθρωπος είναι ξεχωριστός, οι επαγγελματίες της αποκατάστασης δυσκολεύονται να υιοθετήσουν κοινά αποδεκτούς τρόπους με τους οποίους να μπορούν να περιγράψουν, να αξιολογούν και να θεραπεύουν την εγκεφαλική δυσλειτουργία. Όλα τα επαγγέλματα που ασχολούνται με την αποκατάσταση (π.χ. ψυχολόγοι, λογοπαθολόγοι, εργοθεραπευτές, φυσιοθεραπευτές, νοσοκόμοι, ιατροί κ.ά.) συμμετέχουν σε κάποιο βαθμό στην αξιολόγηση και τη θεραπεία των νευροψυχολογικών διαταραχών, παρόλο που δυστυχώς, κανένας δε χρησιμοποιεί την ίδια γλώσσα για να περιγράψει τις διαταραχές ή παρόμοιες δοκιμασίες για να προσδιορίσει τα ελλείμματα. Πράγματι, η «Ένωση των Σχολών Επαγγελμάτων Υγείας» (2000), στην πρόταση της για εθνική ερευνητική ημερήσια διάταξη για επαγγελματίες στο χώρο της υγείας, ανέφερε ότι υπήρχε μέγιστη ανάγκη να βελτιώσουν την επικοινωνία των διαφορετικών επιστημονικών κλάδων μέσω της ανάπτυξης σαφών, κοινών, τυποποιημένων ορισμών. Εκτός από την έλλειψη μιας κοινής ταξινόμησης στη νευροψυχολογική αποκατάσταση, υπάρχουν ελάχιστες κοινά αποδεκτές στρατηγικές θεραπείας που αναπτύχθηκαν για σταθερή χρήση ακόμα και για τις βασικές νευροψυχολογικές διαταραχές (π.χ. σημειωματάριο για μνημονικές διαταραχές). Αρκετοί έμπειροι επαγγελματίες αποκατάστασης δηλώνουν ότι κοινά αποδεκτές νευροψυχολογικές θεραπευτικές στρατηγικές πρέπει να αναπτυχθούν και να επικυρωθούν, παρ'όλο που μέχρι τώρα οι προσπάθειες προς αυτή την κατεύθυνση δεν είναι αρκετές, ούτε έχουν επαρκώς συντονιστεί (Αποκατάσταση ατόμων με Κρανιοεγκεφαλική Κάκωση, 1998, Ένωση των Σχολών Επαγγελμάτων Υγείας, 2000).

Ίσως είναι πιο σημαντικό για τους επαγγελματίες αποκατάστασης να αναπτύξουν σχετικά ενιαίες διαδικασίες, εξαιτίας του αυξανόμενου αριθμού των μη-επαγγελματιών αποκατάστασης, που τους ζητείται να συμμετέχουν στην αποκατάσταση ανθρώπων με εγκεφαλική δυσλειτουργία. Εξαιτίας οικονομικών παραγόντων, τα άτομα με εγκεφαλική δυσλειτουργία παίρνουν εξιτήριο από τα νοσοκομεία γρηγορότερα από ό,τι παλαιότερα, κάτι το οποίο καθιστά αναγκαίο για τα μέλη της οικογένειας και για άλλους συγγενείς του ασθενή να μάθουν στρατηγικές έτσι, ώστε να βοηθούν τους ανθρώπους με εγκεφαλική δυσλειτουργία, κατά την επιστροφή τους στο σπίτι. Επιπρόσθετα, ζητήθηκε από εργαζόμενους, συνεργάτες, και δασκάλους να βοηθήσουν στην εφαρμογή στρατηγικών αποκατάστασης έτσι, ώστε το προσβεβλημένο άτομο να

μπορέσει να επιστρέψει επιτυχώς στη δουλειά, στο σχολείο και σε άλλες κοινωνικές δραστηριότητες, οι οποίες οδηγούν σε μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση, συμμετοχή στην κοινότητα, και οικονομική ανεξαρτησία. Επιπλέον, πολυάριθμα άλλα επαγγέλματα (π.χ. επαγγελματίες σύμβουλοι αποκατάστασης, δικαστές, δικηγόροι, αντιπρόσωποι ασφαλειών υγείας, διοικητικοί υπάλληλοι σε υπηρεσίες υγείας και δημόσιας διοίκησης, νομοθέτες) χρησιμοποιούν πληροφορίες από νευροψυχολογικές εκτιμήσεις για να βοηθήσουν τους πελάτες τους να αντιμετωπίσουν τις αναπηρίες τους, ή να πάρουν αποφάσεις (π.χ. επαγγελματικές, εκπαιδευτικές, νομικές κ.ά.) σχετικά με το πώς οι εγκεφαλικοί τραυματισμοί και ασθένειες επιδρούν στην ικανότητά τους να λειτουργήσουν στην κοινωνία.

Λαμβάνοντας αυτούς τους παράγοντες υπ' όψιν, προσπαθήσαμε να παρουσιάσουμε ένα βιβλίο που να προτείνει μια παγκόσμια ταξινόμηση νευροψυχολογικών ικανοτήτων (δίνοντας έμφαση σε σχετικά απλούς όρους), και να τονίζει τις βασικές στρατηγικές που μπορούν να χρησιμοποιηθούν τόσο από τους επαγγελματίες όσο και από τους μη ειδικούς έτσι ώστε να μπορούν να βοηθήσουν άτομα με νευροψυχολογικές διαταραχές να τονίζουν τις δυνατότητές τους και να προσαρμόζουν τις αδυναμίες τους. Είναι παραδεκτό ότι τα ολοκληρωμένα ενδονοσοκομειακά και εξωνοσοκομειακά προγράμματα νευροψυχολογικής αποκατάστασης μπορούν να παρέχουν τις πιο συντονισμένες, εντατικές στρατηγικές για τη βελτίωση της λειτουργικότητας ατόμων με κρανιοεγκεφαλική κάκωση. Ωστόσο, συμφωνούμε ότι πρέπει να αναπτυχθούν πιο απλές στρατηγικές που θα μπορούν να χρησιμοποιηθούν από όλους καθώς υπάρχουν άτομα που δε μπορούν να παρακολουθήσουν ολοκληρωμένα προγράμματα αποκατάστασης, επειδή είτε δεν έχουν πόρους είτε οι διαταραχές τους δεν είναι αρκετά σοβαρές.

## ■ Νευροψυχολογική Αξιολόγηση Στην Αποκατάσταση

Η τελευταία δεκαετία έχει επιφέρει σημαντικές αλλαγές στην παροχή υπηρεσιών υγείας στις Ηνωμένες Πολιτείες. Με την αύξηση της διοικητικής φροντίδας σε θέματα υγείας, όλοι οι επιστημονικοί κλάδοι επαγγεμάτων υγείας αναγκάστηκαν να βελτιώσουν την αποτελεσματικότητα των μεθόδων εκτίμησης και των θεραπευτικών παρεμβάσεων, καθώς και να επιδείξουν την πρακτική χρησιμότητα των υπηρεσιών τους. Στη νευροψυχολογική αποκατάσταση, δεν είναι πια δυνατόν για τους ψυχολόγους, λογοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, ή τους ειδικούς στην εκμάθηση δεξιοτήτων να αξιολογούν ασθενείς και να περιγράφουν αποκλειστικά τα αποτελέσματα των δοκιμασιών που μπορεί να έχουν ελάχιστη ή καμία σχέση με τη λειτουργικότητα του ατόμου σε πραγματικές καθημερινές συνθήκες. Ομοίως, λόγω των εξελίξεων στις

νευροαπεικονιστικές τεχνικές, δε χρειαζόμαστε πλέον τις νευροψυχολογικές δοκιμασίες για να ανάγουμε διαταραχές στη δομή ή τη φυσιολογία του εγκεφάλου. Αντιθέτως, οι επαγγελματίες αποκατάστασης οφείλουν να προσφέρουν υπηρεσίες και να παρέχουν πρακτικές συστάσεις σχετικά με τρόπους διαχείρισης των διαταραχών σε άτομα με εγκεφαλική δυσλειτουργία, στις οικογένειές τους και σε άλλους επαγγελματίες αποκατάστασης. Μελλοντικά, επιτυχημένα θα είναι αυτά τα επαγγέλματα και οι ειδικότητες, τα οποία θα προσαρμόζονται καλύτερα στις ανάγκες των ατόμων με νευροψυχολογικές διαταραχές.

Παρ'όλο που η διοικητική φροντίδα αναγκάζει όλους τους επιστημονικούς κλάδους της αποκατάστασης να γίνουν περισσότερο αποτελεσματικοί, έχουν καθυστερήσει να πραγματοποιηθούν βελτιώσεις στη θεραπεία συγκεκριμένων γνωστικών ελλειμμάτων (Cicerone, 1997· Parente & Stapleton, 1997). Για παράδειγμα, αρκετά άρθρα (Carney et al., 1999. Αποκατάσταση του Ατόμου με Κρανιοεγκεφαλική Κάκωση, 1998) αναφέρουν ότι η νευροψυχολογική αποκατάσταση πιθανώς έχει αποτελέσματα και αξίζει να συνεχίσει να εφαρμόζεται σε κλινικά πλαίσια, παρόλο που είναι επίσης σαφές ότι ο τρόπος με τον οποίο αξιολογούνται και θεραπεύονται οι γνωστικές διαταραχές χρειάζεται βελτίωση. Πολυάριθμα βιβλία έχουν δημοσιευθεί για την εκτίμηση των διάφορων τύπων εγκεφαλικών κακώσεων και ασθένειας, αλλά τα περισσότερα εστιάζονται στην περιγραφή των νευροανατομικών/νευροπαθολογικών καταστάσεων των εγκεφαλικών διαταραχών και των σχετιζόμενων νευροψυχολογικών προβλημάτων, και τέλος των δοκιμασιών που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την εκτίμηση των διαταραχών (π.χ. Lezak, 1995). Ακόμα και εκείνα τα βιβλία τα οποία διατείνονται ότι δίνουν έμφαση στην αποκατάσταση των γνωστικών διαταραχών, τονίζουν τις εγκεφαλικές λειτουργίες και δοκιμασίες και έχουν ελάχιστες προτάσεις για θεραπεία και αντισταθμιστικές στρατηγικές (π.χ. Rosenthal, Griffith, Kreutzer, & Pentland, 1999. Prigatano, 1999). Δυστυχώς, υπάρχουν ελάχιστα βιβλία στη νευροψυχολογία, στην ψυχολογία αποκατάστασης, ή στη γνωστική αποκατάσταση που παρουσιάζουν μεθόδους μέσω των οποίων αντισταθμίζονται οι διαταραχές (π.χ. Sohlberg & Mateer, 1989). Ωστόσο στο μέλλον οι επαγγελματίες αποκατάστασης, με σκοπό να είναι περισσότερο βοηθητικοί σε άτομα με εγκεφαλική δυσλειτουργία και στις οικογένειές τους, πρέπει να αναπτύξουν πιο ενιαίες μεθόδους αξιολόγησης γνωστικών διαταραχών καθώς και σχετικά απλές στρατηγικές για τη βελτίωσή τους.

Συγκεκριμένα, ο τομέας της νευροψυχολογικής αποκατάστασης χρειάζεται ένα βιβλίο που να προτείνει μια παγκόσμια ταξινόμηση των γνωστικών περιοχών που εκτιμώνται στην αποκατάσταση, καθώς επίσης έναν κατάλογο στρατηγικών μέσω των οποίων επέρχεται αντισταθμιση των προσδιοριζόμενων διαταραχών. Είναι επίσης απαραίτητο να παρουσιάζονται οι στρατηγικές αυτές με απλούς όρους που να είναι κατανοητοί σε όλους τους επαγγελματίες αποκατάστασης, στα άτομα με εγκε-



φαλική δυσλειτουργία και στις οικογένειές τους, έτσι ώστε οι στρατηγικές αυτές να μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε κοινοτικά περιβάλλοντα. Ελπίζουμε αυτό το βιβλίο να μπορέσει να ικανοποιήσει αυτές τις ανάγκες με 1) την ανασκόπηση της ιστορίας της αξιολόγησης και θεραπείας νευροψυχολογικών διαταραχών, και την έκθεση των επιχειρημάτων που υποστηρίζουν την ανάγκη εξέλιξης της νευροψυχολογικής αποκατάστασης 2) την πρόταση μιας κοινής γλώσσας των γνωστικών ικανοτήτων για να χρησιμοποιείται από όλους τους επαγγελματίες αποκατάστασης και 3) την παροχή καταλόγων με σχετικά απλές στρατηγικές για την αντιστάθμιση των αναγνωρισμένων διαταραχών σε ξεχωριστές γνωστικές περιοχές.

## ■ Ιστορική Αναδρομή της Νευροψυχολογικής Αποκατάστασης

Η ιστορία και το μέλλον της νευροψυχολογικής αποκατάστασης έχει περιγραφεί περιεκτικά από αρκετούς γνωστούς επιστήμονες του χώρου (Boake, 1991· Cicerone, 1997· Parente & Stapleton, 1997). Ο Boake (1991) κάνει ανασκόπηση της ανάπτυξης της γνωστικής αποκατάστασης από τις αρχές του 1900 μέχρι τις μέρες μας, προτείνοντας ότι οι πρακτικές που αναπτύχθηκαν, βασίστηκαν στις ανάγκες του πληθυσμού της εκάστοτε εποχής. Συγκεκριμένα, οι πόλεμοι στο πρώτο μισό του 20<sup>ου</sup> αιώνα οδήγησαν τους επαγγελματίες αποκατάστασης στη Γερμανία, Ρωσία και Ηνωμένες Πολιτείες να αναπτύξουν στρατηγικές ώστε να βελτιώσουν τη γνωστική λειτουργικότητα των στρατιωτών, οι οποίοι επέστρεφαν σπίτι με εγκεφαλικούς τραυματισμούς. Μετά τον 2<sup>ο</sup> Παγκόσμιο πόλεμο, οι επαγγελματίες αποκατάστασης στις Ηνωμένες Πολιτείες, ανέπτυξαν δοκιμασίες για να αξιολογούν καλύτερα τους εγκεφαλικούς τραυματισμούς, οι οποίες με την σειρά τους οδήγησαν σε εξελίξεις στη νευροψυχολογική αποκατάσταση. Οι Parente & Stapleton (1997) περιέγραψαν την αύξηση των νευροψυχολογικών προγραμμάτων αποκατάστασης στις Ηνωμένες Πολιτείες που έλαβε χώρα τις δεκαετίες του 1980 και 1990. Ωστόσο, είναι προφανές ότι δεν υπάρχει ομοιομορφία στις μεθόδους νευροψυχολογικής αποκατάστασης που προσφέρονται σήμερα, και υπάρχει αβεβαιότητα σχετικά με την αποτελεσματικότητα των περισσότερων παρεμβάσεων νευροψυχολογικής αποκατάστασης.

Η νευροψυχολογική αποκατάσταση αναπτύχθηκε βασιζόμενη στη συνεισφορά πολλών επαγγελματιών, συμπεριλαμβανομένης της λογοπαθολογίας, της εργοθεραπείας, της ειδικής αγωγής, της φυσιατρικής, της νευρολογίας, της γνωστικής ψυχολογίας, της ψυχολογίας αποκατάστασης, και της νευροψυχολογίας. Πράγματι, η νευροψυχολογική αποκατάσταση θεωρείται από πολλούς ως αναπόσπαστο κομμάτι της



αποκατάστασης, κυρίως επειδή αναπτύχθηκε βάση της συνεισφοράς ποικίλων επιστημονικών κλάδων. Υπήρξε διαφωνία αναφορικά με το ποιά επαγγέλματα έχουν συνεισφέρει περισσότερο στη νευροψυχολογική αποκατάσταση, καθώς επίσης ποιά επαγγέλματα είναι περισσότερο κατάλληλα να προσφέρουν τέτοιες υπηρεσίες. Ωστόσο, στις μέρες μας δυνάμεις της αγοράς στο χώρο της υγείας αναγκάζουν όλες τις ειδικότητες να συντονίσουν καλύτερα τις υπηρεσίες τους. Με αυτόν τον τρόπο, αντί να διαφωνούν σε ποιόν «ανήκει» κάθε τομέας της γνωστικής αποκατάστασης, το καλύτερο για κάθε επιστημονικό κλάδο (και συγκεκριμένα το καλύτερο για τους ασθενείς μας) είναι να συνεργαστούν για να βελτιώσουν τη νευροψυχολογική αποκατάσταση σε γενικό επίπεδο.

Οι νευροψυχολόγοι συχνά παρέχουν γνωστικές θεραπευτικές υπηρεσίες σε χώρους αποκατάστασης, και είναι υπό συζήτηση εάν είναι οι καλύτερα εκπαιδευμένοι να κατανοήσουν τη σχέση ανάμεσα στις γνωστικές δομές και λειτουργίες, τις τυποποιημένες μεθόδους εκτίμησης των γνωστικών διαταραχών, και τις ψυχομετρικές ιδιότητες των μετρήσεων των γνωστικών ικανοτήτων. Μπορεί επίσης να υποστηριχτεί από κάποιους ότι οι νευροψυχολόγοι είναι οι λιγότερο εκπαιδευμένοι στην αξιολόγηση και θεραπεία γλωσσικών διαταραχών (π.χ. τυπική λογοθεραπεία), ή στην εκτίμηση και θεραπεία πιο σύνθετων, καθημερινών δεξιοτήτων σε πραγματικά περιβάλλοντα (π.χ. τυπική εργοθεραπεία). Επιπλέον, μπορεί ακόμα να υποστηριχτεί ότι οι νευροψυχολόγοι δεν είναι τόσο καλά εκπαιδευμένοι όσο οι ψυχολόγοι αποκατάστασης στην προσφορά υπηρεσιών γνωστικής αποκατάστασης ή στην αντιμετώπιση ζητημάτων αναπηρίας. Ωστόσο, λόγω της έμφασης που δίνεται κατά τη διάρκεια των σπουδών και της κλινικής άσκησης στις γνωστικές ικανότητες, στις σχέσεις εγκεφάλου–συμπεριφοράς, και στη χορήγηση σταθμισμένων δοκιμασιών αξιολόγησης, η ειδικότητα της νευροψυχολογίας αποτελεί ένα καλό σημείο εκκίνησης μέσω του οποίου προτείνεται μια κοινή ταξινόμηση των γνωστικών ικανοτήτων, η οποία είναι απαραίτητη για την αξιολόγηση ατόμων με νευροψυχολογικές διαταραχές.

## ■ Απαρχές της Νευροψυχολογίας

Η ειδικότητα της νευροψυχολογίας είναι σχετικά καινούρια, μιας και οι τυπικές εκπαιδευτικές κατευθυντήριες οδηγίες δεν είχαν δημοσιευτεί πριν το 1987 (αναφορές από τη Διεθνή Νευροψυχολογική Εταιρεία [International Neuropsychological Society] – και του Αμερικανικού Ψυχολογικού Συλλόγου [American Psychological Association] Ομάδα Εργασίας τομέα 40, 1987) και την επιτροπή πιστοποίησης (από το Αμερικανικό Συμβούλιο Επαγγελματιών Ψυχολογίας [American Board of Professional Psychology]) δεν ήταν διαθέσιμο πριν το 1984. Ωστόσο, η ειδικότητα έχει διευρυνθεί

σημαντικά σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα. Για παράδειγμα, ο τομέας 40 της Αμερικάνικης Ψυχολογικής Εταιρείας (τομέας Κλινικής Νευροψυχολογίας) ιδρύθηκε το 1980 με 441 μέλη ενώ στις μέρες μας αριθμεί πάνω από 4300 μέλη. Επίσης η Διεθνής Νευροψυχολογική Εταιρεία η οποία ιδρύθηκε το 1976, στις μέρες μας έχει περισσότερα από 3800 μέλη, καθώς και η Διεθνής Ακαδημία Νευροψυχολογίας, που ιδρύθηκε το 1975, έχει περισσότερα από 3500 μέλη. Καθεμία από αυτές τις ομάδες περιλαμβάνει άτομα από διάφορα επαγγέλματα (π.χ. νευροψυχολογία, λογοπαθολογία, νευρολογία, ειδικούς στην αποκατάσταση δεξιοτήτων που είναι αναγκαίες για επαγγελματική λειτουργικότητα, αναπτυξιακή ψυχολογία, γνωστική ψυχολογία κ.ά.), αντανακλώντας το ενδιαφέρον και τη συνεισφορά διαφόρων επαγγελματιών στην αξιολόγηση και θεραπεία της εγκεφαλικής δυσλειτουργίας. Η ανάγκη να κατέχει κανείς εξειδικευμένες δεξιότητες για να δουλέψει θεραπευτικά με άτομα με εγκεφαλική δυσλειτουργία αναγνωρίζεται όλο και περισσότερο στις μέρες μας αφού αρχικά υπήρχαν μόνο 22 νευροψυχολόγοι, πιστοποιημένοι από το Αμερικάνικο Συμβούλιο Επαγγελματιών Ψυχολογίας το 1984, και τώρα υπάρχουν περισσότεροι από 400 στη Β. Αμερική.

Όπως συμβαίνει για κάθε επάγγελμα υγείας, έτσι και η νευροψυχολογία αναπτύχθηκε βάση της ικανότητάς της να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις των καιρών. Συγκεκριμένα, οι στρατιώτες που επέστρεφαν σπίτι τους μετά το δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο είχαν την ανάγκη υπηρεσιών αξιολόγησης και θεραπείας κρανιοεγκεφαλικών κακώσεων. Εφόσον οι νευροαπεικονιστικές τεχνικές (π.χ. αξονική τομογραφία) δεν ήταν διαθέσιμες στην κλινική πρακτική, η νευροψυχολογική εξέταση διαμόρφωσε τη δική της θέση με το να επιδειξεί τη μοναδική της ικανότητα να διαφοροδιαγνώσει με ακρίβεια άτομα με και χωρίς εγκεφαλική δυσλειτουργία, βασισμένη σε σταθμισμένες νευροψυχολογικές δοκιμασίες. Επιπλέον, μέσω της νευροψυχολογικής εξέτασης μπορούσαν να εξαχθούν συμπεράσματα σχετικά με την ανίχνευση της οργανικής βλάβης, την πλευρίωση, και τον εντοπισμό των ελλειμμάτων (Hatrmann, 1991). Εκείνη την εποχή κάτι τέτοιο ήταν μέγιστης σημασίας λόγω έλλειψης άλλων κατάλληλων ψυχολογικών ή ιατρικών μεθόδων. Επομένως, η ειδικότητα της νευροψυχολογίας αναπτύχθηκε με πρωταρχικό σκοπό τη διαγνωστική της χρησιμότητα.

## ■ Ζητήματα στη νευροψυχολογία

### Εκπαιδευτικές Κατευθυντήριες Οδηγίες

*Βρίσκουμε αυτό που ψάχνουμε, ψάχνουμε αυτό που ξέρουμε*  
—Goethe

Η νευροψυχολογία έχει λάβει ηγετικό ρόλο στη δημιουργία συγκεκριμένων κατευθυ-

ντήριων οδηγιών για εκείνους που θέλουν να ακολουθήσουν τον κλάδο, ενώ αρκετές άλλες ειδικότητες της ψυχολογίας, με εφαρμογές στο χώρο της υγείας έχουν ακολουθήσει το ίδιο (π.χ. η ψυχολογία αποκατάστασης). Οι πρώτες τυπικές εκπαιδευτικές κατευθυντήριες οδηγίες δημοσιεύθηκαν το 1987 (Αναφορές από τη Διεθνή Νευροψυχολογική Εταιρεία, Ομάδα Εργασίας τομέα 40, 1987) και αναθεωρήθηκαν πιο πρόσφατα σε συνέδριο στο Houston το 1997 (πρακτικά εργασιών του συνεδρίου του Houston, 1998, βλ. Πίνακα 1.1). Πολύ λίγες ουσιαστικές αλλαγές έγιναν στις αναθεωρημένες κατευθυντήριες οδηγίες, εκτός από τις πιο εξειδικευμένες απαιτήσεις για εκπαίδευση στη νευροακτινολογία, από μια γενική πρόταση για εκπαίδευση στην αποκατάσταση, και μια πρόσθετη δήλωση που απαιτούσε εκπαίδευση στις «πρακτικές συνέπειες των νευροψυχολογικών προβλημάτων» (πρακτικά του συνεδρίου στο Houston, 1998, σελ. 162).

Με βάση την ιστορική αναδρομή στις απαρχές του επιστημονικού κλάδου, είναι λογικό πως η νευροψυχολογική εκπαίδευση εστιάζεται σε νευρολογικούς, νευροχειρουργικούς και ψυχιατρικούς πληθυσμούς, με έμφαση σε διαγνωστικά ζητήματα, στη νευροανατομία, και στις σχέσεις εγκεφάλου–συμπεριφοράς. Είναι φανερό ότι οι νευροψυχολόγοι έχουν πρωταρχικώς εκπαιδευθεί να διαγιγνώσκουν την εγκεφαλική δυσλειτουργία σε εργαστήρια, χρησιμοποιώντας σταθμισμένες νευροψυχολογικές δοκιμασίες. Από μια ιστορική σκοπιά, αυτό είναι το σωστό. Όμως από μια εξελικτική προοπτική, αυτό είναι προβληματικό. Δυστυχώς, υπάρχουν ελάχιστες συγκεκριμένες προτάσεις που να αφορούν στην εκπαίδευση στην αποκατάσταση, στη γνωστική αποκατάσταση ή σε άλλες θεραπευτικές παρεμβάσεις, ή ζητήματα που σχετίζονται με τις αναπηρίες και με τον τρόπο που αυτές επιδρούν στην λειτουργικότητα των ατόμων με γνωστικές αναπηρίες στην κοινότητα. Οι όροι «πρακτικές συνέπειες των νευροψυχολογικών προβλημάτων» και «νευροψυχολογικές παρεμβάσεις» δεν είναι απολύτως σαφείς και μπορεί να σημαίνουν διαφορετικά πράγματα σε διαφορετικά επαγγέλματα.

Οι αδυναμίες στη νευροψυχολογική εκπαίδευση δεν είναι άμεσα εμφανείς μέχρι ότου κάποιος τις συγκρίνει με τις εκπαιδευτικές κατευθυντήριες οδηγίες άλλων ειδικοτήτων στο χώρο της ψυχολογίας. Για παράδειγμα, οι εκπαιδευτικές κατευθυντήριες οδηγίες για την ψυχολογία αποκατάστασης (Patterson & Hanson, 1995. βλ. Πίνακα 1.2) είναι πολύ διαφορετικές από εκείνες της νευροψυχολογίας. Εξετάζοντας κανείς προσεκτικά τις οδηγίες αυτές κατανοεί ότι κατά την εκπαίδευση στην ψυχολογία αποκατάστασης δίνεται ιδιαίτερο βάρος σε διαφορετικές καταστάσεις αναπηρίας, στο θέμα προσαρμογής στην αναπηρία, στην εξασφάλιση πόρων για άτομα με αναπηρίες (π.χ. επαγγελματική εκτίμηση και εκπαίδευση, υποστηρικτικές τεχνολογίες κ.ά.), και στη βελτίωση μακροπρόθεσμων αποτελεσμάτων στην κοινότητα. Ωστόσο, οι εκπαιδευτικές κατευθυντήριες οδηγίες της ψυχολογίας της αποκατάστασης έχουν τις δικές τους αδυναμίες, όπως είναι οι μη εξειδικευμένες προτάσεις για εκπαίδευση

**Πίνακας 1.1**

**Τομέας 40 της Αμερικανικής Ψυχολογικής Εταιρείας  
(Τομέας Κλινικής Νευροψυχολογίας).  
Κατευθυντήριες οδηγίες για την εκπαίδευση στην Κλινική Νευροψυχολογία**

*Προτεινόμενες βασικές γνώσεις*

1. Γενική ψυχολογία
  - α. Στατιστική και μεθοδολογία
  - β. Μάθηση, γνώση, και αντίληψη
  - γ. Κοινωνική ψυχολογία και προσωπικότητα
  - δ. Βιολογική βάση της συμπεριφοράς
  - ε. Εξέλιξη κατά τη διάρκεια της ζωής
  - ς. Ιστορία
  - ζ. Πολιτισμικές και ατομικές διαφορές
2. Γενικός κλινικός πυρήνας
  - α. Ψυχοπαθολογία
  - β. Ψυχομετρική θεωρία
  - γ. Συνέντευξη και τεχνικές αξιολόγησης
  - δ. Τεχνικές παρέμβασης
  - ε. Επαγγελματική δεοντολογία
3. Θεμελιώδεις αρχές για την μελέτη της σχέσης εγκεφάλου–συμπεριφοράς
  - α. Λειτουργική νευροανατομία
  - β. Νευρολογικές και συνοδές διαταραχές: αιτιολογία, παθολογία, πορεία, και θεραπεία
  - γ. Μη νευρολογικές παθήσεις που επηρεάζουν τη λειτουργία του ΚΝΣ
  - δ. Νευροαπεικόνιση και άλλες νευροδιαγνωστικές τεχνικές
  - ε. Νευροχημεία της συμπεριφοράς (π.χ. ψυχοφαρμακολογία)
  - ς. Νευροψυχολογία της συμπεριφοράς
4. Θεμελιώδεις αρχές για την πρακτική άσκηση της κλινικής νευροψυχολογίας
  - α. Εξειδικευμένες νευροψυχολογικές τεχνικές εκτίμησης
  - β. Εξειδικευμένες νευροψυχολογικές τεχνικές παρέμβασης
  - γ. Σχεδιασμός και ανάλυση έρευνας στη νευροψυχολογία
  - δ. Επαγγελματικά ζητήματα και δεοντολογία στη νευροψυχολογία
  - ε. Πρακτικές συνέπειες των νευροψυχολογικών διαταραχών

*Προτεινόμενες δεξιότητες*

1. Εκτίμηση/Αξιολόγηση
  - α. Συγκέντρωση πληροφοριών
  - β. Λήψη ιστορικού

- γ. Επιλογή δοκιμασιών
  - δ. Χορήγηση δοκιμασιών
  - ε. Ερμηνεία δοκιμασιών και διάγνωση
  - ς. Σχεδιασμός θεραπείας
  - ζ. Γραπτή αναφορά
  - η. Παροχή ανατροφοδότησης
  - θ. Αναγνώριση διαπολιτισμικών ζητημάτων
2. Θεραπεία και παρεμβάσεις
- α. Προσδιορισμός των στόχων παρέμβασης
  - β. Εξειδίκευση των αναγκών παρέμβασης
  - γ. Διαμόρφωση του σχεδίου παρέμβασης
  - δ. Εφαρμογή–εκπλήρωση σχεδίου
  - ε. Έλεγχος και προσαρμογή του σχεδίου
  - ς. Εκτίμηση του αποτελέσματος
  - ζ. Αναγνώριση διαπολιτισμικών ζητημάτων
3. Συμβουλευτική (ασθενών, οικογενειών, συναδέλφων στο χώρο της υγείας, υπηρεσίες ιατρικής ασφάλισης, κ.ά.)
- α. Αποτελεσματική βασική επικοινωνία (π.χ. εξήγηση, διαπραγμάτευση)
  - β. Καθορισμός και διευκρίνιση των ζητημάτων για τα οποία παραπέμφθηκε το άτομο
  - γ. Εκπαίδευση των πηγών παραπομπής σε ό,τι αφορά σε νευροψυχολογικές υπηρεσίες (δυνατότητες και περιορισμοί).
  - δ. Απόδοση των αποτελεσμάτων αξιολόγησης και συστάσεις
  - ε. Εκπαίδευση των ασθενών και οικογενειών σε ό,τι αφορά σε υπηρεσίες και διαταραχές
4. Έρευνα
- α. Επιλογή των κατάλληλων θεμάτων έρευνας
  - β. Ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας
  - γ. Σχεδιασμός έρευνας
  - δ. Εφαρμογή της έρευνας
  - ε. Έλεγχος προόδου–εξέλιξης
  - ς. Εκτίμηση αποτελέσματος
  - ζ. Μετάδοση των αποτελεσμάτων
5. Διδασκαλία και εποπτεία
- α. Μέθοδοι αποτελεσματικής διδασκαλίας
  - β. Σχεδιασμός και προγραμματισμός των μαθημάτων και των προγραμμάτων σπουδών
  - γ. Χρήση αποτελεσματικών εκπαιδευτικών τεχνολογιών
  - δ. Χρήση αποτελεσματικών μεθόδων επίβλεψης–εποπτείας (αξιολόγηση, παρέμβαση, και έρευνα).
-

στη «νευροψυχολογική εκτίμηση» και «γνωστική επανεκπαίδευση», που είναι υπεραπλουστευμένες και χρειάζονται περισσότερη ανάπτυξη.

Οι Johnstone και Farmer (1997) πρότειναν ότι οι νευροψυχολόγοι χρειάζεται να μάθουν περισσότερα σε σχέση με την αναπηρία και την αποκατάσταση, και πρότειναν νέες εκπαιδευτικές κατευθυντήριες οδηγίες σε 5 επιπρόσθετους τομείς που εστιάζουν κυρίως στην αποκατάσταση και σε ζητήματα αναπηρίας. Αυτές οι προτάσεις είναι βασικές αλλά αποτελούν μια προσπάθεια εκπαίδευσης των νευροψυχολόγων σε ό,τι αφορά στην αναπηρία και σε κατάλληλες πηγές πληροφόρησης, ενώ τους εκθέτουν σε υπηρεσίες και οργανισμούς της κοινότητας, που είναι απαραίτητοι για την ενσωμάτωση εκείνων με γνωστικές διαταραχές.

Έχουν υπάρξει και άλλες προσπάθειες με σκοπό τη βελτίωση των εκπαιδευτικών κατευθυντήριων οδηγιών για όλα τα επαγγέλματα που παρέχουν νευροψυχολογική αποκατάσταση. Αναγνωρίζοντας ότι δεν υπάρχουν τυποποιημένες εκπαιδευτικές κατευθυντήριες οδηγίες για τη νευροψυχολογική αποκατάσταση για ψυχολόγους, λογοπαθολόγους, ή εργοθεραπευτές, οι Johnstone και Frank (1997) επιμελήθηκαν ένα ειδικό τεύχος του επιστημονικού περιοδικού *NeuroRehabilitation* που περιελάμβανε άρθρα τα οποία πρότειναν συγκεκριμένη εκπαίδευση στη νευροψυχολογική αποκατάσταση για λογοπαθολόγους (Iacarino, 1997), εργοθεραπευτές (Hanson, Shechtman, Foss, & Krauss-Hooker, 1997), και ψυχολόγους (Berquist & Malec, 1997). Παρόλο που αυτές οι κατευθυντήριες οδηγίες είναι υπεραπλουστευμένες παρέχουν ένα σημείο εκκίνησης για τα διαφορετικά επαγγέλματα ώστε να εκπαιδεύσουν φοιτητές (και μελλοντικούς κλινικούς) στην παροχή υπηρεσιών νευροψυχολογικής αποκατάστασης.

## ■ Η Εξέλιξη της Νευροψυχολογικής Αποκατάστασης

Δυστυχώς η νευροψυχολογία προσαρμόζεται αργά στις ανάγκες του μέλλοντος, κυρίως εξαιτίας της πρώιμης επιτυχίας της στη διάγνωση της εγκεφαλικής δυσλειτουργίας. Ωστόσο, εάν η νευροψυχολογική αποκατάσταση σκοπεύει να συνεχίσει την επιτυχία της, θα χρειαστεί να γίνει πιο λειτουργική. Όπως ο Hartman (1991) υποστηρίζει,

...κάθε νευροψυχολογική θεωρία και μεθοδολογία είναι αναπόφευκτα προϊόντα της εποχής τους. Η δημιουργία και ανάπτυξή τους είναι προϊόν συγκερασμού με νευροεπιστημονικές, φιλοσοφικές, και ψυχολογικές αρχές κατά την εξέλιξη του χρόνου. Κατά συνέπεια, η νευροψυχολογία κινείται και συνεχώς εξελίσσεται στο χρόνο, λαμβάνοντας χρήσιμα στοιχεία από θεωρία και φιλοσοφία...

Η νευροψυχολογία έχει προσφέρει σημαντικά στοιχεία στον προσδιορισμό των ανα-

**Πίνακας 1.2**

**Τομέας 22 της Αμερικάνικης Ψυχολογικής Εταιρείας  
(Τομέας Ψυχολογίας Αποκατάστασης)  
Κατευθυντήριες οδηγίες για την εκπαίδευση**

*Πληθυσμοί ασθενών*

- Κάκωση νωτιαίου μυελού
- Εγκεφαλική κάκωση
- Νευρολογικές διαταραχές
- Μυοσκελετικά προβλήματα
- Ορθοπεδικές κακώσεις
- Ακρωτηριασμός ή αναπηρία άκρων
- Χρόνιος πόνος
- Διαταραχές αισθήσεων
- Εγκαύματα και παραμορφώσεις
- Παθήσεις με λανθάνοντα χαρακτηριστικά αναπηρίας (καρδιαγγειακές καταστάσεις, καρκίνος, AIDS κ.ά.)
- Κατάχρηση ουσιών
- Φυσική, νοητική, και συναισθηματική διαταραχή που συνδυάζεται με πολιτισμικό, εκπαιδευτικό, ή άλλο μειονέκτημα
- Νοητική υστέρηση
- Σοβαρή ψυχιατρική αναπηρία ή συναισθηματική διαταραχή

*Αποκατάσταση – ζητήματα*

- Γνωστικές, συναισθηματικές, και κοινωνικές πηγές των μύθων σχετικά με την αναπηρία και τρόπους εξουδετέρωσης αυτών
- Νευροψυχολογική εκτίμηση
- Γνωστική επανεκπαίδευση
- Αναπηρία σε βάθος χρόνου και στο γήρας
- Σεξουαλική λειτουργικότητα και αναπηρία
- Επαγγελματική εκτίμηση
- Επαγγελματική αποκατάσταση
- Θέματα ανεξάρτητης διαβίωσης
- Δεοντολογικά ζητήματα στην αποκατάσταση
- Ψυχοκοινωνικά μοντέλα προσαρμογής στην αναπηρία και στη χρόνια ασθένεια
- Νευροανατομία και φυσιολογία
- Σχέσεις εγκεφάλου–συμπεριφοράς
- Κατανόηση των ιατρικών πτυχών των διαταραχών
- Ψυχοφαρμακολογία



- Διαδικασίες στην αποκατάσταση, όπου περιλαμβάνονται συνεισφορές από όλους τους επιστημονικούς κλάδους
  - Διευκόλυνση της λειτουργίας της διεπιστημονικής ομάδας
  - Χρήση ουσιών, κατάχρηση, και θεραπεία
  - Εργονομία και μετακίνηση φορτίου
  - Υπεράσπιση δικαιωμάτων πελάτη-ασθενή
  - Διοικητικά, νομικά και νομοθετικά ζητήματα
  - Έρευνα, σχεδιασμός προγράμματος, και εκτίμηση
  - Υποστηρικτική τεχνολογία
  - Πολιτισμική και εθνική ποικιλομορφία
  - Περιβαλλοντικοί παράγοντες (κοινωνικοί, πολιτισμικοί, φυσικοί) που εμποδίζουν και διευκολύνουν την εξέλιξη της αποκατάστασης
  - Τρόποι για να μειωθούν τα προβλήματα και οι περιορισμοί που προέρχονται από ιδρύματα και εμποδίζουν την αποτελεσματικότητα της αποκατάστασης
  - Συμπεριφορικές εφαρμογές στην αξιολόγηση και θεραπεία
  - Ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις σε χώρους αποκατάστασης
  - Οικονομικές και διοικητικές πλευρές της παροχής ενδονοσοκομειακών και εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών της ψυχολογίας της αποκατάστασης.
- 

γκών στη φροντίδα υγείας και στην ανάπτυξη κατάλληλων μεθόδων αξιολόγησης και θεραπείας. Ωστόσο, η νευροψυχολογική αποκατάσταση είναι ξανά σε μια ιστορική στιγμή κατά την οποία χρειάζεται να σημειωθεί πρόοδος, έτσι ώστε να εξασφαλίσει τη θέση της στο μέλλον. Θα μπορούσε να υποστηριχτεί ότι η νευροψυχολογική αποκατάσταση πρέπει να εξελιχθεί στο μέλλον, ώστε να παρέχει περισσότερο λειτουργικά χρήσιμες (σε αντίθεση με διαγνωστικά χρήσιμες) πληροφορίες εξαιτίας της προόδου που έχει σημειωθεί στις νευροαπεικονιστικές τεχνικές, στους παράγοντες διοικητικής φροντίδας, και στην ανάπτυξη της αποκατάστασης γενικά.

## **Εξελιγμένες Νευροαπεικονιστικές Τεχνικές**

Στο μέλλον, η νευροψυχολογική αποκατάσταση πρέπει να εστιάσει σε πιο λειτουργικά ζητήματα, εξαιτίας της προόδου άλλων πιο εξελιγμένων διαγνωστικών μεθόδων. Για παράδειγμα, μετά το Β' Παγκόσμιο Πόλεμο και μέχρι το 1970, η νευροψυχολογική αξιολόγηση ήταν η κύρια μέθοδος που χρησιμοποιείτο για να εξαχθούν συμπεράσματα σχετικά με την εγκεφαλική δυσλειτουργία, καθώς ήταν η καλύτερη διαθέσιμη μέθοδος. Ωστόσο, στις αρχές του 1970 οι νευροαπεικονιστικές τεχνικές ήταν διαθέσιμες για χρήση σε κλινικά περιβάλλοντα, μειώνοντας έτσι την ανάγκη για απο-

κλειστικά διαγνωστικές νευροψυχολογικές εκτιμήσεις. Ενώ η νευροψυχολογική εξέταση μπορούσε μόνο να συμπεράνει την παρουσία δυσλειτουργίας στο ΚΝΣ, αυτές οι νέες νευροαπεικονιστικές τεχνικές μπορούσαν να κάνουν κάτι που οι νευροψυχολογικές δοκιμασίες δε μπορούσαν, και αυτό είναι, να προσδιορίσουν με ακρίβεια συγκεκριμένες δομικές εγκεφαλικές ανωμαλίες. Σύντομα η αξονική τομογραφία αντικατέστησε τη νευροψυχολογική εξέταση ως η βασική μέθοδος διάγνωσης δομικών εγκεφαλικών ανωμαλιών. Στις μέρες μας ακόμα πιο εξελιγμένες νευροαπεικονιστικές τεχνικές αντικαθιστούν την αξονική τομογραφία όπως είναι η μαγνητική τομογραφία (MRI) η οποία εντοπίζει με περισσότερη ακρίβεια δομικές ανωμαλίες και άλλες τεχνικές όπως η τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων και η λειτουργική μαγνητική τομογραφία οι οποίες ανιχνεύουν λειτουργικές ανωμαλίες στον εγκέφαλο.

Οι Kane, Goldstein και Parsons (1989) υποστήριζαν ότι θα υπάρχει πάντα ανάγκη για διαγνωστικές νευροψυχολογικές εκτιμήσεις, καθώς υπάρχουν πολλές διαταραχές για τις οποίες η νευροαπεικονιστική εξέταση δεν παρέχει οριστικές διαγνωστικές πληροφορίες αναφορικά με την παρουσία συγκεκριμένων διαταραχών. Για παράδειγμα, ασθενείς με οξύ αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο έδειξαν να έχουν αρνητικό MRI (Alberts, Faulstick, & Gray, 1992), και η διάσχιση του ετερόπλευρου ημιμορίου του σώματος λόγω χιασμού τεκμηριώθηκε μετά από μονόπλευρο αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (Rousseaux, & Steiling, 1992). Στην αποκατάσταση δεν είναι ασυνήθιστο για άτομα με σοβαρή κρανιοεγκεφαλική κάκωση να έχουν σημαντικές νευρολογικές διαταραχές, παρόλο που οι νευροαπεικονιστικές εκτιμήσεις τους είναι κανονικές. Σε αυτές τις περιπτώσεις, οι νευροψυχολογικές εκτιμήσεις μπορούν να βοηθήσουν με το να παρέχουν χρήσιμες διαγνωστικές πληροφορίες σε ό,τι αφορά στην παρουσία ή απουσία νευρολογικών προβλημάτων, καθώς επίσης στη σοβαρότητα των διαταραχών. Ωστόσο, έχει επίσης υποστηριχτεί (Μαρου, 1988. Johnstone & Frank, 1995) ότι οι νευροψυχολογικές εκτιμήσεις, οι οποίες απαιτούνται κυρίως για διαγνωστικούς σκοπούς, πρέπει να εστιάζουν και στην αποκατάσταση.

## Διοικητική Φροντίδα σε θέματα υγείας

Αν και η διοικητική φροντίδα έχει αναμφίβολα τα προβλήματά της, υπήρξε και ωφέλιμη διότι είχε απαιτήσει από τους επαγγελματίες να βελτιώσουν την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών και να παρέχουν πρακτικές λύσεις για τα εντοπισμένα προβλήματα. Στο παρελθόν, η φροντίδα υγείας στις Ηνωμένες Πολιτείες εστιαζόταν κυρίως στην ποιότητα της φροντίδας με ελάχιστη προσοχή στο κόστος. Ωστόσο, την τελευταία δεκαετία, ασφαλιστικές εταιρίες, εργαζόμενοι, και νομοθέτες ανησυχούν υπερβολικά για το κόστος αυτών των υπηρεσιών. Το 1965, όταν ομοσπονδιακά προγράμματα

θεσπίστηκαν για τους φτωχούς (π.χ. Medicaid) και τους ηλικιωμένους (π.χ. Medicare), τα έξοδα της φροντίδας υγείας έφτασαν στο 6% του ακαθάριστου εθνικού προϊόντος (ΑΕΠ). Παρ'όλα αυτά, μέχρι το 1999 το κόστος αυτό είχε υπερδιπλασιαστεί σε 13,5% του ΑΕΠ. Μόλις εντός της τελευταίας δεκαετίας τα έξοδα της εθνικής φροντίδας υγείας ανήλθαν από 195.8 δις δολάρια το 1990 σε 1092.4 δις δολάρια το 1999.

Για να αντιμετωπίσουν αυτά τα φορολογικά προβλήματα, αυτοί που είναι υπεύθυνοι για την πληρωμή τέτοιων υπηρεσιών, έχουν εστιάσει τόσο στην κοστολόγηση των υπηρεσιών (π.χ. κόστος), καθώς επίσης και στον αριθμό των υπηρεσιών που παρέχονται (π.χ. αξιοποίηση). Οι εταιρίες διοικητικής φροντίδας προσπαθούν να μειώσουν το κόστος της φροντίδας υγείας, τόσο με τη μείωση των πληρωμών για τις υπηρεσίες, όσο και με τη μείωση του αριθμού των υπηρεσιών που προσφέρονται. Γενικά, η διοικητική φροντίδα αναγκάζει αυτούς που παρέχουν υπηρεσίες να ανταγωνίζονται για διαθέσιμα κονδύλια, με το να παρέχουν πιο αποτελεσματικές υπηρεσίες.

Πριν από το 1983, τα νοσοκομεία αποζημιωνόντουσαν γενικά για τις υπηρεσίες τους σε μια βάση αμοιβής-για-υπηρεσία, με τους παροχείς να καθορίζουν τις τιμές. Ωστόσο, το 1983 η ομοσπονδιακή κυβέρνηση άρχισε να αποζημιώνει τους παροχείς του Medicare, χρησιμοποιώντας σταθερές τιμές που σχετίζονται με τις διαγνωστικές ομάδες. Ουσιαστικά, στους παροχείς φροντίδας υγείας παρέχονταν χρηματικά ποσά που βασίζονταν στην κατάσταση του ασθενούς (π.χ. χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, κ.ά.), ώστε να του παρέχουν οποιεσδήποτε υπηρεσίες χρειαζόταν. Με σκοπό το κέρδος, οι παροχείς χρειάστηκε να προσφέρουν όσο πιο αποτελεσματικές υπηρεσίες μπορούσαν. Τα άτομα που έχρηζαν αποκατάστασης είχαν αρχικά απαλλαχθεί από τους περιορισμούς των διαγνωστικών ομάδων, αλλά αντί γι'αυτό, είχαν αποζημιωθεί σε μια βάση κόστους με συγκεκριμένα όρια που ορίστηκαν στη Φορολογία Δικαίου και στο Νόμο Φορολογικής Ευθύνης του 1992. Ωστόσο, η διοικητική φροντίδα αναγκάζει τους επαγγελματίες αποκατάστασης να είναι περισσότερο αποτελεσματικοί στην παροχή των υπηρεσιών τους (π.χ. σε ό,τι αφορά τόσο στο χρόνο όσο και στο κόστος). Το 2001, η Medicare (και σύντομα αργότερα οι εταιρείες διοικητικής φροντίδας) θα αρχίσει να αποζημιώνει κέντρα αποκατάστασης και επαγγελματίες, σε ό,τι αφορά στις λειτουργικά σχετιζόμενες ομάδες [ΛΣΟ] π.χ. κρανιοεγκεφαλική κάκωση, κάκωση νωτιαίου μυελού, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο), παρόμοια με τις διαγνωστικές ομάδες. Έτσι, όπως και με άλλους τομείς στη φροντίδα υγείας, οι κλινικοί της αποκατάστασης αναγκάζονται να αποδείξουν ότι οι υπηρεσίες τους είναι προσιτές σε κόστος, και να επιδείξουν την σχέση ανάμεσα στις υπηρεσίες τους και στα καλύτερα λειτουργικά αποτελέσματα. Αυτό γενικά σημαίνει ότι θα υπάρχουν λιγότερα χρήματα για την αποκατάσταση, και διαφορετικοί επιστημονικοί κλάδοι θα μάχονται για αυτά τα μειωμένα κεφάλαια. Διαφορετικά επαγγέλματα (π.χ. ψυχολογία, εργοθεραπεία, λογοπαθολογία) μπορούν να ανταγωνίζονται μεταξύ τους γι' αυτά τα κεφάλαια, ή

ελπιδοφόρα μπορούν να συνεργαστούν, ώστε να παρέχουν ένα συντονισμένο σύστημα φροντίδας για τους ασθενείς με γνωστικές διαταραχές. Αυτή η συνεργασία όχι μόνο θα βελτιώσει τη φροντίδα των ασθενών, αλλά επίσης θα εξασφαλίσει το μέλλον όλων των επαγγελματιών αποκατάστασης. Όπως μπορεί να υποστηριχτεί, «μπορούμε να ενεργούμε από κοινού ή μπορούμε να ενεργούμε ξεχωριστά».

Οι καταναλωτές των υπηρεσιών εστιάζονται σε βραχυπρόθεσμη μείωση του κόστους με το να βασίζονται στις κυβερνητικές πηγές της φροντίδας υγείας, ώστε να καλύψουν τα μακροπρόθεσμα κόστη της φροντίδας υγείας. Ως αποτέλεσμα, υπάρχει μια σημαντική προσπάθεια μείωσης του χρόνου που τα άτομα χρειάζονται για να θεραπευθούν σε ένα ενδονοσοκομειακό περιβάλλον, με μεγαλύτερη επικέντρωση προσοχής στην παροχή υπηρεσιών σε εξωνοσοκομειακά κλινικά πλαίσια. Για παράδειγμα, για τα άτομα με κρανιοεγκεφαλική κάκωση στο National TBI Model Systems μεταξύ του 1993 και 1998, ο μέσος όρος παραμονής σε μονάδες εντατικής θεραπείας μειώθηκε κατά 38% και ο μέσος όρος παραμονής σε κέντρο αποκατάστασης μέσα στο νοσοκομείο μειώθηκε κατά 42% (TBI Model Systems Centers 2001). Αυτή η τάση μείωσης της ενδονοσοκομειακής παραμονής και η αύξηση της παροχής υπηρεσιών σε εξωνοσοκομειακά περιβάλλοντα, αναγκάζει τους παροχείς να εκσυγχρονίσουν τις υπηρεσίες στα ενδονοσοκομειακά περιβάλλοντα, και να πληροφορούν πληρέστερα τους ασθενείς και τις οικογένειές τους σε ό,τι αφορά στις υπηρεσίες που μπορούν και πρέπει να παρέχουν μετά το εξιτήριο από το νοσοκομείο. Ως αποτέλεσμα, υπάρχει μεγαλύτερη ανάγκη για τους επαγγελματίες αποκατάστασης να αναπτύξουν προγράμματα θεραπείας, τα οποία να είναι κατανοητά σε κάθε απλό άνθρωπο (μη ειδικό), και να μπορούν να εφαρμοστούν σε κοινοτικά περιβάλλοντα (π.χ. σπίτι, δουλειά, σχολείο, κ.ά.).

## Η Ανάπτυξη της Αποκατάστασης

Η αποκατάσταση έχει αναπτυχθεί σημαντικά τα τελευταία 50 χρόνια, καθώς οι εξελιγμένες ιατρικές τεχνολογίες επιτρέπουν την αύξηση των ποσοστών επιβίωσης ατόμων με τραυματισμούς που προκαλούν εξασθένιση και με ασθένειες. Για παράδειγμα, κατά τη διάρκεια πέντε ετών τη δεκαετία του 1980, οι κλίνες για άτομα που ήταν σε πρόγραμμα αποκατάστασης σε μονάδες εντατικής θεραπείας αυξήθηκε κατά 46%, και η αποκατάσταση για περιπτώσεις κρανιοεγκεφαλικής κάκωσης αναφέρθηκε ως ο γρηγορότερα αυξανόμενος τομέας σε όλη τη φροντίδα υγείας (Frank, Gluck, & Buckelew, 1990). Ωστόσο, αυτοί που επιβιώνουν από κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, και άλλες κακώσεις και διαταραχές, μπορεί να αντιμετωπίσουν σημαντικές δυσκολίες στο μέλλον, και έτσι οι υπηρεσίες θα τους βοηθή-

σουν να προσαρμοστούν στις αναπηρίες τους, είτε αυτές είναι σωματικές, γνωστικές, συμπεριφορικές, ή συναισθηματικές.

Η αποκατάσταση τείνει να συνεχίσει να αναπτύσσεται, καθώς φαίνεται να είναι πολύ προσιτή σε κόστος. Παρόλο που έχει εκτιμηθεί ότι πάνω από 158 δισεκατομμύρια δολάρια ξοδεύονται κάθε χρόνο στην αποκατάσταση (Cherek & Taylor, 1995), αρκετές έρευνες δείχνουν ότι τα χρήματα δαπανώνται σωστά. Για παράδειγμα, μια έρευνα από τη Northwestern National Life (NWNL) ανέφερε ότι κατά μέσο όρο αποταμιεύονται 35 δολ. σε ταμεία αναπηρίας για κάθε δολάριο που ξοδεύεται σε υπηρεσίες αποκατάστασης. Επίσης εκτιμήθηκε ότι οι αποταμιεύσεις από διαχείριση ιατρικών περιστατικών για το NWNL αυξήθηκαν από 500.000 δολ. που ήταν το 1987 σε 8.1 δισεκατομμύρια δολ. το 1993 (Cherek & Taylor, 1995).

Παρομοίως, οι Bryant, Sundance, Hobbs, και Rozance (1993) αξιολόγησαν ένα διοικητικό πρόγραμμα φροντίδας υγείας για άτομα με κρανιοεγκεφαλική κάκωση σε ένα τοπικό οργανισμό φροντίδας υγείας στην Καλιφόρνια. Δουλεύοντας με 141 άτομα με κρανιοεγκεφαλική κάκωση μέτριου ή σοβαρού βαθμού, οι συγγραφείς συμπέραναν ότι ένας οργανισμός φροντίδας υγείας που εστιάζει τόσο σε περιορισμό του κόστους όσο και σε βέλτιστα λειτουργικά αποτελέσματα για άτομα με κρανιοεγκεφαλική κάκωση, μπορεί να παρέχει αποτελεσματική φροντίδα αποκατάστασης σε λογικό κόστος. Η επιτυχία του προγράμματός τους αποδόθηκε σε πρόωμη ανίχνευση και παρέμβαση για άτομα με κρανιοεγκεφαλική κάκωση, ώστε να περιοριστούν μυοσκελετικές, συμπεριφορικές, και ψυχοκοινωνικές συνέπειες, στον μειωμένο ιδρυματισμό αυτών των ατόμων, και σε εντατική πρόωμη οικογενειακή εκπαίδευση και εμπλοκή για να αυξήσουν σε γενικές γραμμές τα κέρδη αποκατάστασης στο περιβάλλον του σπιτιού. Η ανάγκη να εκπαιδευτούν οι ασθενείς και οι οικογένειές τους σχετικά με τρόπους βελτίωσης νευροψυχολογικών διαταραχών, είναι φανερή.

Τελικά, το Σύστημα Περιορισμού του Κόστους της Φροντίδας Υγείας στην Αριζόνα βοηθήθηκε από το Medicaid, για να αναπτύξει ένα πρόγραμμα διοικητικής φροντίδας υγείας, το οποίο θα βοηθά στη μετάβαση ατόμων με κρανιοεγκεφαλική κάκωση, από νοσοκομεία ή άλλα ιδρύματα σε σπίτια (General American, 1995). Από τα 550 άτομα με κρανιοεγκεφαλική κάκωση που χρειάζονταν εξειδικευμένες υπηρεσίες αποκατάστασης μετά το πέρας του κύριου θεραπευτικού προγράμματος, εκτιμήθηκε ότι η ετήσια εξοικονόμηση για τα πρώτα 2 χρόνια του προγράμματος ήταν περισσότερα από 400.000 δολ. σε κόστη βραχυχρόνιας νοσηλείας στο σπίτι, και ότι η χώρα θα εξοικονομούσε 500.000 δολ. για κάθε ασθενή, σε κόστος φροντίδας σε όλη του τη ζωή, εάν θα μπορούσε να ζει στην κοινότητα με την παροχή εξωνοσοκομειακής θεραπείας. Επίσης η έρευνα έδειξε ότι η θεραπεία των διαταραχών οπτικο-αντιληπτικών ικανοτήτων, καθημερινών δεξιοτήτων, σχεδιασμού ελεύθερου χρόνου, πραγματολογίας, προσαρμογής, συναισθήματος, συμπεριφοράς, και γνωστικών ικανοτήτων, ήταν

ωφέλιμη, καταλήγοντας σε υψηλότερα από προβλεπόμενα επίπεδα “εξιτηρίων” μέσω της παροχής νοσηλείας στο σπίτι ή σε άλλους χώρους κοινοτικής μέριμνας. Η έρευνα επίσης τόνισε ότι τα μεγαλύτερα εμπόδια για επιτυχημένη αποκατάσταση περιελάμβαναν προβλήματα συμπεριφοράς, ελλείμματα στον έλεγχο της παρόρμησης, απώλεια προσανατολισμού, φτωχές κοινωνικές δεξιότητες, και περιορισμένη επικοινωνία, δηλαδή σε εκείνες τις ικανότητες στις οποίες συνήθως η νευροψυχολογική αποκατάσταση στοχεύει.

Εν συντομία, αυτές οι έρευνες τονίζουν ότι: 1) η διοικητική φροντίδα θα συνεχίσει να χρησιμοποιείται εκτενώς για άτομα με κρανιοεγκεφαλική κάκωση, 2) θα συνεχίσει να υπάρχει μια εστίαση στον εκσυγχρονισμό και στην καλύτερη συνεργασία των υπηρεσιών αποκατάστασης, και 3) είναι απαραίτητο να εμπλέκονται τα μέλη της οικογένειας στη διαδικασία της αποκατάστασης έτσι, ώστε να μπορούν να εφαρμόζουν αυτά που έμαθαν στα ενδονοσοκομειακά περιβάλλοντα στην κοινωνία.

## ■ Μελλοντικές Ανάγκες στη Νευροψυχολογική Αποκατάσταση

Είναι φανερό ότι όλοι οι επιστημονικοί κλάδοι και οι επαγγελματίες που δουλεύουν με άτομα με γνωστικές αναπηρίες, πρέπει να βελτιώσουν τη λειτουργική χρησιμότητα των ισχυρότων μεθόδων αξιολόγησης και τεχνικών παρέμβασης. Οι κύριες αδυναμίες στις πρόσφατες νευροψυχολογικές πρακτικές αποκατάστασης περιλαμβάνουν:

- **Μια πρωταρχική έμφαση στη διάγνωση:** Πολλές από τις δοκιμασίες και μέθοδοι εκτίμησης που συνήθως χρησιμοποιούνται στη νευροψυχολογική αποκατάσταση, σχεδιάστηκαν αρχικά για διαγνωστικούς σκοπούς, και έτσι οι επαγγελματίες αποκατάστασης συνεχίζουν να εστιάζουν κυρίως σε διαγνωστικά ζητήματα (Mapou, 1988· Johnstone & Frank, 1995).
- **Την έλλειψη ενός παγκόσμιου συστήματος ταξινόμησης γνωστικών ικανοτήτων:** Προς το παρόν δεν υπάρχει κοινή γλώσσα γι’ αυτές τις γνωστικές ικανότητες που συνήθως διαταράσσονται, μετά από εγκεφαλική κάκωση και ασθένεια.
- **Οι δοκιμασίες δεν αξιολογούν ενιαίες γνωστικές εννοιολογικές κατασκευές:** Πολλές από τις δοκιμασίες που συνήθως χρησιμοποιούνται στην κλινική πρακτική σήμερα, απαιτούν την ικανότητα εκτέλεσης πολλαπλών γνωστικών δεξιοτήτων (π.χ. οπτικο-χωρική ολοκλήρωση, «επίλυση προβλημάτων» κ.ά.). Εάν είναι δύσκολο να περιγραφεί με ακρίβεια τι αξιολογεί μια δοκιμασία, είναι πιθανό ότι θα είναι εξίσου δύσκολο να αναπτυχθούν αντισταθμιστικές στρατηγικές για κάθε μια από τις διαταραχές που αναγνωρίζεται από τη δοκιμασία. Τέτοιες πολύπλοκες ικα-



νότητες εκτιμώνται καλύτερα σε μη εργαστηριακά περιβάλλοντα (π.χ. δραστηριότητες καθημερινής ζωής στα πλαίσια της εργοθεραπείας). Για την παροχή των πιο χρήσιμων πληροφοριών που αφορούν στρατηγικές γνωστικής αποκατάστασης, είναι απαραίτητο να τονιστούν οι ενιαίες γνωστικές εννοιολογικές κατασκευές, οι οποίες ως σχετικά απλές γνωστικές ικανότητες χρησιμεύουν ως οι βάσεις για τις πιο πολύπλοκες ικανότητες. Η εκτίμηση των σχετικά ενιαίων γνωστικών εννοιολογικών κατασκευών θα επιτρέψει στους επαγγελματίες αποκατάστασης να αναπτύξουν σχετικά απλές αντισταθμιστικές στρατηγικές για τους ασθενείς και τις οικογένειές τους, ώστε να αντισταθμίζουν τις βασικές γνωστικές διαταραχές

- **Η έλλειψη σχέσης ανάμεσα στις προσδιορισμένες διαταραχές και στις στρατηγικές γνωστικής αποκατάστασης:** Όπως προαναφέρθηκε, τα περισσότερα βιβλία στη νευροψυχολογική αποκατάσταση και τη γνωστική θεραπεία παρέχουν πληροφορίες σε ό,τι αφορά στην ανατομία του εγκεφάλου και τις λειτουργίες του, καθώς επίσης και στην περιγραφή των αποτελεσμάτων δοκιμασιών (δηλ. η επίδοση του ασθενή σε κάποια δοκιμασία ήταν εντός συγκεκριμένων ορίων). Δυστυχώς, αυτά παρέχουν ελάχιστη έμφαση στην παροχή εξειδικευμένων στρατηγικών αποκατάστασης για την αντιστάθμιση των προσδιορισμένων διαταραχών. Ο προσδιορισμός των προβλημάτων δεν έχει νόημα αν δεν υπάρχουν οι προτάσεις για τρόπους άμβλυνσης αυτών ή παροχής στρατηγικών για την αντιστάθμιση αυτών. Σε περιβάλλοντα αποκατάστασης, μια ικανότητα δεν πρέπει να αξιολογείται ποσοτικά (ή μια δοκιμασία δεν πρέπει να δίνεται) εάν αυτό δεν οδηγεί σε σχετικές συστάσεις αποκατάστασης.
- **Η εστίαση στην πρόβλεψη των γενικών αποτελεσμάτων από ό,τι στην κατεύθυνση των υπηρεσιών αποκατάστασης.** Δυστυχώς, λόγω των υπαρχόντων εκπαιδευτικών κατευθυντήριων οδηγιών και των απαρχών του κλάδου της αποκατάστασης, οι περισσότερες εκτιμήσεις γνωστικής αποκατάστασης τείνουν να εστιάζονται στην πρόβλεψη των γενικών αποτελεσμάτων (δηλ. φτωχή επίδοση σε συγκεκριμένες δοκιμασίες προαναγγέλλει φτωχά αποτελέσματα στην κοινότητα). Παρ'όλα αυτά, το μεγαλύτερο πρόβλημα με τη επικέντρωση του ενδιαφέροντος στην πρόβλεψη, είναι, ότι εάν κάποιος πραγματικά ενδιαφέρεται μόνο για την πρόβλεψη των αποτελεσμάτων που ακολουθούν την εγκεφαλική κάκωση ή ασθένεια, τότε δεν είναι απαραίτητο ή κατάλληλο να εστιάζει μόνο στις γνωστικές αναπηρίες ως μεταβλητές πρόβλεψης. Εάν κάποιος ενδιαφέρεται αποκλειστικά για την πρόβλεψη γενικών αποτελεσμάτων, τότε πρέπει να εκτιμηθούν ικανότητες από μια ποικιλία μεταβλητών που περιλαμβάνουν ιατρικές, δημογραφικές (π.χ. ηλικία, φύλο, εκπαίδευση, επάγγελμα κ.ά.), νευροψυχολογικές, περιβαλλοντικές και άλλες μεταβλητές. Παρ'όλα αυτά στην εξέλιξη της γνωστικής αποκατάστασης, είναι απαραίτητο να αλλάξει το επίκεντρο των αξιολογήσεων από την πρό-



βλεψη αποτελεσμάτων στην καθοδήγηση του ασθενή σε υπηρεσίες αποκατάστασης. Με αυτό κατά νου, στις αναφορές των αποτελεσμάτων αξιολόγησης πρέπει να περιλαμβάνονται περισσότερες πληροφορίες σχετικά με συστάσεις για την άμβλυνση των διαταραχών του ασθενή.

- **Βασικός εστιασμός στις δοκιμασίες παρά στις γνωστικές ικανότητες:** Συχνά ξεχνάμε ότι σκοπός της αξιολόγησης σε περιβάλλοντα αποκατάστασης είναι ο προσδιορισμός των δυνατοτήτων και αδυναμιών του ασθενή όσον αφορά στις γνωστικές ικανότητες, έτσι ώστε να μπορούν να σχεδιαστούν κατάλληλες παρεμβάσεις. Έτσι, πρέπει να δίνεται βάρος πρωτίστως σε συγκεκριμένες ικανότητες, και δευτερευόντως στην επιλογή και χρήση των κατάλληλων δοκιμασιών (κάτι το οποίο βασίζεται στις ψυχομετρικές ιδιότητες των δοκιμασιών). Δυστυχώς, οι περισσότερες αναφορές της γνωστικής αποκατάστασης κάνουν ακριβώς το αντίθετο, το οποίο είναι, να εστιάζουν στην περιγραφή των δοκιμασιών παρά στην περιγραφή των ικανοτήτων. Αυτό φαίνεται να σχετίζεται με την έλλειψη παγκόσμιου συστήματος ταξινόμησης των γνωστικών ικανοτήτων, καθώς επίσης και στους περιορισμούς στις πρόσφατες εκπαιδευτικές κατευθυντήριες οδηγίες. Με την έμφαση που δίνεται στην εκπαίδευση στις σταθμισμένες δοκιμασίες και συστοιχίες δοκιμασιών, πολλοί επαγγελματίες αποκατάστασης προσκολλώνται τυφλά στη χρήση των συστοιχιών δοκιμασιών, που διδάχτηκαν να χρησιμοποιούν. Έτσι, αντί να αξιολογούν συγκεκριμένες γνωστικές ικανότητες που συνήθως επηρεάζονται από εγκεφαλικές διαταραχές, χορηγούν τις ίδιες δοκιμασίες που αρχικά σχεδιάστηκαν για διαγνωστικούς σκοπούς, περιγράφουν τα αποτελέσματα των δοκιμασιών, και υποθέτουν ότι σχετίζονται με την καθημερινή λειτουργικότητα, όταν στην πραγματικότητα δεν είναι έτσι. Σε μια ιδανική αναφορά αποκατάστασης, θα αναφέρονταν μόνο οι ικανότητες, με καμία αναφορά στα αποτελέσματα των συγκεκριμένων δοκιμασιών. Επίσης, οι αναφορές θα έπρεπε να εστιάζουν στη θεραπεία των εξακριβωμένων διαταραχών αντί στα αποτελέσματα των δοκιμασιών. Για να καταλάβετε τι ρόλο παίζει το που θα εστιάσει μια γραπτή αναφορά αποτελεσμάτων αξιολόγησης (π.χ. περιγραφή ικανοτήτων σε αντιδιαστολή με δοκιμασίες) στο πως περιγράφεται το άτομο με γνωστικά προβλήματα, ας συγκρίνουμε τις ακόλουθες περιλήψεις αποτελεσμάτων αξιολόγησης μνήμης για τον ίδιον ασθενή (η μια περίληψη τονίζει τις ικανότητες του ασθενή και η άλλη τονίζει τις δοκιμασίες).

*Περίληψη που εστιάζεται στην ικανότητα:* ο ασθενής Α επιδεικνύει σχετική αδυναμία στην ικανότητα του να θυμηθεί πληροφορίες που ακούει (στα κατώτερα φυσιολογικά όρια) από ό,τι πληροφορίες που βλέπει (π.χ. σε μέτριο επίπεδο). Επιπλέον, επιδεικνύει δυσκολίες στη συγκράτηση λεκτικών πληροφοριών μετά από καθυστερημένη ανάκληση, αλλά η ανάκλησή του βελτιώνεται όταν του παρέχονται λεκτι-

κές ενδείξεις ή επανάληψη του λεκτικού υλικού. Ως αποτέλεσμα, αυτός θα μάθει καλύτερα όταν μπορεί να βλέπει το υλικό, όταν του παρέχονται λεκτικές ενδείξεις και υπενθυμίσεις, και όταν του παρέχονται ευκαιρίες να επαναλάβει το υλικό.

*Περίληψη που εστιάζεται στη δοκιμασία:* Στην Κλίμακα Αξιολόγησης της Μνήμης κατά Wechsler 3<sup>η</sup> έκδοση, (Wechsler Memory Scale-III), ο ασθενής Α επιδεικνύει χαμηλό μέσο όρο στις ικανότητες ανάκλησης ακουστικών πληροφοριών (π.χ. λεκτικές αφηγήσεις) σε άμεση παρουσίαση (Δείκτης Άμεσης Ακουστικής Μνήμης =85). Η ικανότητά του για άμεση ανάκληση οπτικών πληροφοριών (π.χ. πρόσωπα, εικόνες) που του παρουσιάστηκαν, ήταν στο εύρος του φυσιολογικού και γενικά ήταν αλώβητη (Δείκτης Άμεσης Οπτικής Μνήμης=100). Η γενική του ικανότητα για άμεση ανάκληση πληροφοριών μετά από άμεση παρουσίαση του υλικού ήταν στο μέσο όρο (δείκτης άμεσης μνήμης=93). Ο ασθενής Α επέδειξε σχετική αδυναμία στην ικανότητα να ανακαλεί λεκτικά παρουσιαζόμενο υλικό μετά από χρονική υστέρηση 30 λεπτών (Δείκτης Ακουστικής Μνήμης με Χρονική Υστέρηση=75), η οποία μειώθηκε σε οριακά επίπεδα μνημονικής λειτουργικότητας. Εν αντιθέσει, ο ασθενής Α ήταν ικανός να ανακαλέσει με ακρίβεια την οπτική πληροφορία που του παρουσιάστηκε μετά από καθυστέρηση 30 λεπτών (Δείκτης Οπτικής Μνήμης με Χρονική Υστέρηση =100), οριοθετώντας την ανάκληση εικόνων μετά από χρονική υστέρηση εντός του μέσου όρου. Η γενική του ικανότητα να ανακαλεί πληροφορίες μετά από χρονική υστέρηση (τόσο σε λεκτικό όσο και σε οπτικό υλικό) είναι στα χαμηλά επίπεδα του μέσου όρου (Δείκτης Γενικής Μνήμης =87). Η ικανότητά του να ανακαλεί λεκτικές πληροφορίες, στις οποίες είχε πρωτύτερα εκτεθεί, χρησιμοποιώντας ένα σχέδιο αναγνώρισης, ήταν στα όρια του φυσιολογικού (Δείκτης Ακουστικής Μνήμης Αναγνώρισης με Χρονική Υστέρηση=100). Η επίδοσή του στη Δοκιμασία Ακουστικής Λεκτικής Μάθησης κατά Rey, μια εκτίμηση της ικανότητας να θυμηθεί έναν κατάλογο 15 λέξεων που παρουσιάζονται προφορικά, ήταν γενικά στα επίπεδα του φυσιολογικού. Στην 1<sup>η</sup> δοκιμή ήταν ικανός να θυμηθεί 7 λέξεις (κατά μέσον όρο), οι οποίες βελτιώθηκαν σε 13 λέξεις με την 5η δοκιμή (κατά μέσον όρο). Ήταν ικανός να συγκρατήσει μόνο το 33% του καταλόγου μετά από χρονική υστέρηση 30 λεπτών (π.χ. 5 λέξεις), παρ'όλο που στάθηκε ικανός να ανακαλέσει με ακρίβεια και τις 15 λέξεις του καταλόγου, όταν του παρέχονταν ενδείξεις αναγνώρισης.

Αυτά τα παραδείγματα μπορούν να επεκταθούν σε πολυάριθμες άλλες δοκιμασίες για πολυάριθμους άλλους επιστημονικούς κλάδους αποκατάστασης. Ωστόσο, το θέμα είναι ότι η αναφορά στα αποτελέσματα των δοκιμασιών δεν είναι γενικά σημαντική στους καταναλωτές (π.χ. στους ασθενείς, οικογένειές τους, σε άλλους επαγγελματίες αποκατάστασης, συμβούλους επαγγελματικής απασχόλησης), επει-

δή δε μπορούν να καταλάβουν τις περισσότερες δοκιμασίες και τα αποτελέσματά τους. Το να βάζουμε μη ειδικούς να ερμηνεύουν τα νευροψυχολογικά αποτελέσματα των δοκιμασιών είναι ανάλογο με το να έχουμε επαγγελματίες αποκατάστασης (μη ιατροί) να ερμηνεύουν αναφορές από ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (ΗΕΓ). Λεπτομερής περιγραφή της ηλεκτρικής δραστηριότητας του εγκεφάλου (π.χ. πλάτος σήματος κ.ά.) είναι άσκοπη για τους περισσότερους επαγγελματίες αποκατάστασης εφ' όσον δεν διαθέτουν την κατάλληλη εκπαίδευση. Όπως οι επαγγελματίες αποκατάστασης χρειάζεται να βασίζονται σε περίληψη τέτοιων ΗΕΓ αναφορών, έτσι και άλλοι επαγγελματίες αποκατάστασης και μη ειδικοί θα κατανοήσουν καλύτερα (και συνεπώς θα είναι ικανοί να χρησιμοποιήσουν καλύτερα) αφηγηματικές περιλήψεις των νευροψυχολογικών ικανοτήτων, που περιγράφονται με απλούς, εύκολα κατανοητούς όρους.

- **Εστίαση στη νευροανατομία, περισσότερο παρά στις λειτουργικές ικανότητες:** Πολλές αναφορές νευροψυχολογικής αποκατάστασης εστιάζουν σε συμπεράσματα σχετικά με το που πιθανώς υπάρχουν εγκεφαλικές ανωμαλίες. Ωστόσο, σε περιβάλλοντα αποκατάστασης τέτοιες διαγνωστικές πληροφορίες είναι σχεδόν πάντα γνωστές (π.χ. νευροαπεικονιστικές εκτιμήσεις θα έχουν προσδιορίσει συγκεκριμένες περιοχές τραυματισμών μετά από κρανιοεγκεφαλική κάκωση ή αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο). Συνεπώς, οι εκτιμήσεις της νευροψυχολογικής αποκατάστασης πρέπει να εστιάζουν ελάχιστα στον εντοπισμό δομικών και λειτουργικών ανωμαλιών που πιθανώς υπάρχουν. Είναι μερικώς αλήθεια πως δεν υπάρχουν μέθοδοι νευροψυχολογικής αποκατάστασης που αναπτύχθηκαν για συγκεκριμένες νευροανατομικές περιοχές (π.χ. δεξιά βρεγματική βλάβη). Αντί αυτού, οι μέθοδοι νευροψυχολογικής αποκατάστασης πρέπει να εστιάζουν στη θεραπεία των διαταραχών συγκεκριμένων ικανοτήτων (π.χ. αντίληψη χώρου). Ενδέχεται ένα άτομο με δεξιά βρεγματική βλάβη να έχει αλώβητες τις αντιληπτικο-χωρικές ικανότητες, και επομένως να μη χρειάζεται καμία από τις υπηρεσίες της νευροψυχολογικής αποκατάστασης σε αυτό το γνωστικό τομέα. Αντιθέτως, ένα άτομο με αναγνωρίσιμες διαταραχές στην αντίληψη του χώρου (ακόμα και εάν οι νευροαπεικονιστικές εκτιμήσεις είναι κανονικές) χρειάζεται νευροψυχολογική αποκατάσταση σε αυτό το γνωστικό τομέα. Έτσι, όλες οι αναφορές γνωστικής αποκατάστασης χρειάζεται να εστιάζουν περισσότερο σε συγκεκριμένες γνωστικές ικανότητες από το να συμπεραίνουν ποιο μέρος του εγκεφάλου ίσως έχει διαταραχθεί. Ακόμα και αν υπάρχει δομική ανωμαλία (ή πιθανώς διαταραχή στη φυσιολογία), είναι σχετικά ασήμαντη στον καθορισμό των κατάλληλων στρατηγικών γνωστικής αποκατάστασης που χρειάζεται να αναπτυχθούν.