UNIWERSYTET VIZJA

Wydział Psychologii i Nauk Społecznych

NEUROPSYCHOLOGIA

Ćwiczenie nr 3

Ocena kliniczna i wywiad neuropsychologiczny:

Anamneza, obserwacja behawioralna i formułowanie hipotez diagnostycznych

Przedmiot:	Neuropsychologia
Rok akademicki:	2025/2026
Forma zajęć:	Ćwiczenia
Metody:	Wywiad ustrukturyzowany (ćw. parami), testy przesiewowe, obserwacja behawioralna
Narzędzia:	Protokół wywiadu CNPI-LAB, MoCA (wersja demonstracyjna), CDT, MMSE
Prowadzący:	_____
Grupa:	_____
Data:	_____

1. Informacje ogólne o zajęciach

Trzecie ćwiczenia stanowią kluczowy etap w budowaniu kompetencji klinicznych studenta neuropsychologii. Na Lab 1 poznaliśmy metodologię myślenia neuropsychologicznego i modele strukturalno-sieciowe. Na ćwiczeniu 2 opanowaliśmy administrację standaryzowanych testów papier-ołówek mierzących funkcje wykonawcze. Teraz integrujemy te umiejętności w kontekście realistycznego spotkania klinicznego: wywiad neuropsychologiczny, obserwacja behawioralna i formułowanie hipotez diagnostycznych stanowią trzon codziennej pracy neuropsychologa klinicznego.

Na dzisiejszych zajęciach studenci pracują w trójkach w rotacyjnych rolach: Neuropsycholog (prowadzi wywiad i obserwację), Pacjent (odgrywa jeden z czterech przygotowanych scenariuszy klinicznych) oraz Obserwator (rejestruje zachowanie i ocenia jakość wywiadu). Po każdej rundzie role są wymieniane, a trio wypełnia wspólny protokół hipotez diagnostycznych.

Cele kształcenia (zgodne z KRK – poziom 6. EQF)

Wiedza: Student opisuje strukturę i etapy neuropsychologicznego wywiadu klinicznego, charakteryzuje kryteria diagnostyczne MCI, demencji czołowo-skroniowej (FTD) i afazji progresywnej, omawia wskaźniki behawioralne istotne diagnostycznie w obserwacji pacjenta neurologicznego.

Umiejętności: Student samodzielnie przeprowadza ustrukturyzowany wywiad neuropsychologiczny wg protokołu CNPI-LAB, administruje i wstępnie interpretuje MoCA i CDT jako narzędzia przesiewowe,

formułuje strukturalnie poprawne hipotezy diagnostyczne z uzasadnieniem neuroanatomicznym, integruje wyniki wywiadu z wynikami testów w spójny profil kliniczny.

Kompetencje społeczne: Student utrzymuje właściwy sojusz terapeutyczny i komunikację dostosowaną do pacjenta, identyfikuje i kontroluje własne reakcje emocjonalne podczas trudnych narracji klinicznych, respektuje autonomię i podmiotowość osoby badanej w symulowanym kontekście klinicznym.

1.1. Nawiązanie do poprzednich zajęć

Na Lab 2 studenci przeszli przez administrację TMT, FAS, WCST i Testu Stroopa. Każde z tych narzędzi mierzy wycinek profilu neuropsychologicznego. Dzisiejsze zajęcia pokazują, jak neuropsycholog kliniczny integruje dane testowe z wywiadem i obserwacją, by sformułować sensowną hipotezę diagnostyczną. Przypominamy kluczową zasadę: wynik testu bez kontekstu klinicznego jest liczbą bez znaczenia.

1.2. Harmonogram zajęć (120 min)

Czas	Blok	Aktywność
0–10 min	Wprowadzenie	Omówienie struktury zajęć, przydział ról i scenariuszy, zasady etyczne symulacji klinicznej
10–30 min	Wykład interaktywny	Struktura oceny neuropsychologicznej: model SOAP, wywiad jako narzędzie, obserwacja behawioralna – co i jak rejestrować
30–70 min	Symulacja kliniczna (2 rundy)	Wywiad CNPI-LAB + obserwacja behawioralna w trójkach (2 rundy × 20 min); rotacja ról po każdej rundzie
70–85 min	Testy przesiewowe	Administracja MoCA (wersja demonstracyjna) i CDT przez Neuropsychologa wobec Pacjenta ze scenariusza; zapis wyników
85–105 min	Formułowanie hipotez	Indywidualne wypełnianie arkusza hipotez diagnostycznych; integracja wywiadu, obserwacji i wyników testów
105–118 min	Dyskusja plenarna	Prezentacja profili klinicznych; krytyczna ocena hipotez; omówienie pułapek diagnostycznych
118–120 min	Podsumowanie	Zadanie domowe, kryteria oceny, pytania organizacyjne

⚠ Zasady etyczne symulacji klinicznej

Scenariusze kliniczne są fikcyjne – żaden z nich nie opisuje konkretnej osoby. Studenci pełniący rolę Pacjenta nie muszą ujawniać własnych doświadczeń zdrowotnych.

Zasada bezpiecznego wychodzenia z roli: student odgrywający Pacjenta może w każdej chwili przerwać symulację i powiedzieć STOP. Prowadzący jest zawsze dostępny.

Nagrywanie symulacji (audio/wideo) jest surowo zabronione bez pisemnej zgody wszystkich uczestników i prowadzącego.

Dane z arkuszy obserwacji są anonimizowane przed dyskusją plenarną. Nie odczytujemy danych identyfikacyjnych odgrywanej postaci.

2. Podstawy teoretyczne – ocena kliniczna w neuropsychologii

2.1. Struktura pełnej oceny neuropsychologicznej

Pełna ocena neuropsychologiczna *(ang. comprehensive neuropsychological assessment)* jest procesem wieloetapowym, integrującym dane z różnych źródeł. Lezak i in. (2012) wyróżniają następujące składowe, które realizowane są w określonej kolejności:

Etap	Składowa	Metoda / Narzędzie	Cel kliniczny
1	Wywiad (anamneza)	Wywiad ustrukturyzowany, wywiad z informatorem	Zebranie historii choroby, kontekstu psychospołecznego, skargi głównej
2	Obserwacja behawioralna	Protokół obserwacyjny, skale nieformalne	Ocena wyglądu, afektu, motoryki, mowy, orientacji, wglądu
3	Badanie przesiewowe	MoCA, MMSE, CDT, FAB	Szybka identyfikacja deficytów globalnych; ustalenie pola dalszej diagnozy
4	Bateria testów domenowych	TMT, FAS, WCST, RAVLT, Rey CFT, BNT i inne	Profilowanie specyficznych domen: uwaga, pamięć, język, percepcja, FW
5	Analiza danych dodatkowych	Historia medyczna, skany MRI/CT, wyniki lab.	Korelacja neuropsychologiczno-neurologiczna; weryfikacja hipotez
6	Integracja i raport	Pisemny raport neuropsychologiczny	Synteza profilu, diagnoza, rekomendacje rehabilitacyjne i terapeutyczne

2.2. Struktura i techniki wywiadu neuropsychologicznego

2.2.1. Model SOAP w kontekście neuropsychologicznym

W praktyce klinicznej neurologicznej i neuropsychologicznej powszechnie stosuje się model SOAP do strukturyzowania informacji zebranych podczas wywiadu:

- **S – Subjective (subiektywne):** dane od pacjenta i opiekuna – skarga główna własnymi słowami pacjenta, opis codziennych trudności, historia dolegliwości (onset, przebieg, czynniki wyzwalające/łagodzące), wywiad rodzinny, lekowy, psychiatryczny.
- **O – Objective (obiektywne):** dane z obserwacji i testów – wynik MoCA, CDT, profil testowy; obserwacje behawioralne (afekt, tempo mowy, spójność odpowiedzi, retrogresja do testu).
- **A – Assessment (ocena):** synteza – hipoteza diagnostyczna, identyfikacja domen zaburzonych i zachowanych, stopień pewności hipotezy, diagnoza różnicowa.
- **P – Plan (plan):** dalsze postępowanie – propozycja dodatkowych testów, konsultacji (neurolog, psychiatra), rekomendacje terapeutyczne, termin ponownej oceny.

2.2.2. Wywiad z pacjentem vs wywiad z informatorem

Specyficzną trudność w neuropsychologii klinicznej stanowi fakt, że pacjent z uszkodzeniami mózgu może wykazywać anosognozję – brak wglądu we własne deficyty. W takim przypadku wywiad z bliskim informatorem (Informant Interview) jest niezbędny. Narzędziem standaryzowanym jest Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE; Jorm, 1994) lub Everyday Cognition Scale (ECog; Farias i in., 2008). W warunkach laboratoryjnych rolę informatora może pełnić Obserwator w trójce.

Kluczowe zasady wywiadu z informatorem: (a) pytania dotyczą zmiany funkcjonowania w stosunku do stanu sprzed 5–10 lat (baseline comparison), nie aktualnego poziomu; (b) informator jest pytany o konkretne

zachowania, nie o ogólne oceny; (c) wyniki wywiadu z informatorem nigdy nie są komunikowane pacjentowi w jego obecności bez jego zgody.

2.2.3. Techniki komunikacji dostosowane do pacjenta neurologicznego

Pacjent z uszkodzeniem mózgu może wykazywać trudności w komunikacji, które klinicysta musi uwzględnić nie tylko jako objawy diagnostyczne, ale też jako przeszkody techniczne w zbieraniu wywiadu. Oto kluczowe adaptacje:

- **Afazja:** stosuj pytania zamknięte (tak/nie), materiały z obrazkami, pismo jeśli zachowane; nie kończ zdań za pacjenta; dawaj więcej czasu; odróżniaj trudności w ekspresji od trudności w rozumieniu.
- **Amnezja:** powtarzaj pytania bez irytacji; informuj pacjenta o powtórzeniu (utrata pamięci jest frustrujaca); orientuj temporalnie na początku spotkania.
- **Konfabulacja:** nie konfrontuj bezpośrednio; stosuj pytania otwarte i sprawdzaj wiarygodność odpowiedzi przez pytania kontrolne lub przez informatora.
- **Dysartria/anartria:** upewnij się, ze rozumiesz pacjenta zanim przejdziesz dalej; stosuj systemy alternatywnej komunikacji (tablice liter, pismo).
- **Anosognozja:** nie sprzeczaj sie z zaprzeczeniem pacjenta w fazie wywiadu; zanotuj rozbieznosc miedzy relacja pacjenta a informatora lub obserwacjami klinicznymi.

2.3. Obserwacja behawioralna, czyli co i jak rejestrować

Obserwacja behawioralna w ocenie neuropsychologicznej to systematyczna, ustrukturyzowana rejestracja zachowań pacjenta podczas całego spotkania klinicznego – nie tylko podczas testów. Zgodnie z podejściem Strub i Black (2000) wyróżniamy następujące domeny obserwacji:

Domena	Co obserwujemy	Możliwe znaczenie kliniczne
Wygląd ogólny	Ubiór, higiena, wygląd adekwatny do wieku	Zaniedbanie = sygnał deficytów FW, depresji, demencji czołowej
Poziom aktywności	Pobudzenie vs spowolnienie psychomotoryczne, tempo ruchów	Bradykinezja (PD), pobudzenie (mania, FTD), katatonia
Kontakt wzrokowy	Unikanie, nadmierne, prawidłowe	Dezorganizacja (schizofrenia), lek, autyzm, FTD
Mowa i język	Fluencja, ilość, tempo, artykulacja, dobór słów, parafazje	Afazja Broki (niefluentna), Wernickego (fluentna z parafazjami)
Afekt	Zakres, adekwatność, stabilność, bliskanosc, odpowiedniość do treści	Spłaszczenie (depresja, schizofrenia), euforia (OFC), labilność (udar)
Orientacja	Czas, miejsce, osoba, sytuacja	Dezorientacja = delirium, ciez. demencja, amnezja
Uwaga i koncentracja	Łatwość rozpraszania, powrót do zadania, utrzymanie kontaktu	Nieuwaga (ADHD, delirium, deficyty FW), hypervigilancja (PTSD)
Wgląd i krytycyzm	Rozumienie powodu wizyty, adekwatna ocena własnych trudności	Anosognozja (vmPFC, prawopoolkulowa), nadmierna krytycznosc (depresja)

2.4. Narzędzia stosowane na zajęciach

2.4.1. Montreal Cognitive Assessment (MoCA)

MoCA (Nasreddine i in., 2005) jest 30-punktowym narzędziem przesiewowym opracowanym jako czulszy alternatywa dla MMSE, szczególnie wrażliwy na wczesne zaburzenia poznawcze (MCI) i deficyty domenowo-specyficzne. Badanie trwa ok. 10 minut i obejmuje:

Domena MoCA	Zadania	Maks. punkty	Struktury zaangażowane
Wzrokowo-przestrzenna / wykonawcza	TMT-B (wariant), sześcian 3D, zegar (CDT)	5	Plat ciemieniowy, PFC
Nazywanie	3 zwierzęta (lew, nosorożec, wielbłąd)	3	Kora skroniowo-ciemieniowa, lewopółkulowa
Pamięć (odroczona)	5 słów – odroczony przypominanie po 5 min	5	Hipokamp, kora srodwechowa
Uwaga	Powtarzanie cyfr wprost/wspak, czujność, odejmowanie	6	DLPFC, kora ciemieniowa
Jezyk	Powtarzanie zdan, fluencja fonemiczna (litera P, 60 s)	3	Obszar Broki, Wernickego
Abstrakcja	Podobieństwa miedzy parami pojec	2	PFC, płat ciemieniowy
Orientacja	Data, dzień tygodnia, miejsce, miasto	6	Hipokamp, płat skroniowy

Wynik >= 26/30 uznawany jest za prawidłowy; MCI rozpoznaje sie zazwyczaj przy wyniku 18–25. Przy wykształceniu <= 12 lat dodaje sie 1 punkt do wyniku. MoCA charakteryzuje sie wyższymi czułością i swoistością dla MCI niz MMSE (Nasreddine i in., 2005; Freitas i in., 2013).

2.4.2. Clock Drawing Test (CDT)

Clock Drawing Test (Shulman i in., 1986; Rouleau i in., 1992) jest prostym, lecz wielofunkcyjnym narzędziem przesiewowym. Pacjent rysuje tarcze zegara z cyframi i wskazówkami pokazującymi godzinę 10:10 (lub 11:10). Zadanie angażuje: planowanie i organizacje przestrzenna (PFC, płat ciemieniowy), pamięć semantyczna (wiedze o zegarze), umiejętności wzrokowo-przestrzenne (płat ciemieniowy prawy), kontrole wykonawcza sekwencji czynności.

Stosujemy system punktacji Rouleau i in. (1992): oddzielnie oceniana jest tarcza zegara (0–2 pkt: kontur, cyfry) i ustawienie wskazówek (0–3 pkt: obecność, długość, kierunek). Błędy charakterystyczne dla różnych patologii: persewieracje cyfr (FTD, schizofrenia), cyfry po prawej stronie (neglect prawopoolkulowy), brak wskazówek (ciez. demencja), godzina na zewnątrz tarczy (zaburzenia organizacji przestrzennej).

2.5. Formułowanie hipotez diagnostycznych – logika kliniczna

2.5.1. Od skargi do hipotezy

Formułowanie hipotezy diagnostycznej w neuropsychologii jest procesem hipotetyczno-dedukcyjnym: neuropsycholog na podstawie skargi głównej, historii i wstępnej obserwacji generuje hipotezy o możliwych zespołach klinicznych, a następnie dobiera testy weryfikujące lub falsyfikujące te hipotezy. Kluczowe pytania prowadzące:

- **Skarga główną:** Jaki jest charakter trudności – czy dotyczą pamięci, języka, zachowania, orientacji, czynności dnia codziennego?
- **Onset i przebieg:** Nagły (udar, uraz) vs postepny (degeneracja)? Stabilny vs postępujący vs epizodyczny (padaczka)?
- **Profil domenowy:** Jakie domeny są zaburzone, a jakie zachowane? Dysocjacja jest kluczem do lokalizacji.

- **Wiek i kontekst:** Wiek 65+ i postępujące zaburzenia pamięci epizodycznej – inna hipoteza niz 45-latek z nagla zmiana osobowosci.
- **Diagnoza różnicowa:** Zawsze konstruuj co najmniej dwie alternatywne hipotezy i określaj, jakie dane ją rozstrzygną.

2.5.2. Typowe profile kliniczne – tabela diagnostyczna

Zespol kliniczny	Skarga glowna	Kluczowe deficyty testowe	Zachowane domeny	Lokalizacja
Łagodne zaburzenia poznawcze amnestyczne (amn. MCI)	Problemy z pamięcią – zapominanie umowien, powtarzanie pytań	Odroczone przypominanie (MoCA memoria < 3/5), niższy AVLT	Język, percepcja, FW (zazwyczaj)	Hipokamp, kora śródwęchowa
Demencja czołowo-skroniowa (bv-FTD)	Zmiana osobowości, impulsywność, odhamowanie społeczne, zaniedbanie higieny	WCST (persewieracje), FAS obnizony, CDT zaburzony	Pamięć epizodyczna (wczesne stadium), orientacja	Płat czołowy, przeor boczny
Afazja pierwotna postępująca (PPA – wariant niefluentny)	Trudności z mowa, szukanie słów, uproszczenie składni	FAS znacznie obnizony, BNT obnizony, TMT-A zachowany	Pamięć epizodyczna, percepcja wzrokowa	Obszar Broki, przednia wyspa lewa
Zaburzenia po udarze prawej półkuli	Zaburzenia uwagi, ignorowanie lewej strony, trudności z orientacja w przestrzeni	Neglect w CDT, TMT-B (przeoczenia stronne), MoCA wzrokowa	Język werbalny (zazwyczaj)	Płat ciemieniowy prawy, sieciowo prawa półkula
Delirium	Nagła dezorientacja, fluktuacje uwagi, pobudzenie nocne	MoCA znacznie obniżony (fluktuuje), brak orientacji, CDT niemożliwy	Brak stabilnych zachowań – fluktuacja	Rozlane (metaboliczne, toksyczne, infekcyjne)

3. Scenariusze kliniczne do symulacji

Poniżej przedstawiono cztery fikcyjne scenariusze kliniczne. Prowadzący przydziela każde trio do jednego scenariusza (lub dwa tria do tego samego scenariusza w celu porównania). Student pełniący role Pacjenta otrzymuje kartę roli (oddzielny wydruk) z instrukcja, jak odgrywać objawy. Poniższe opisy są przeznaczone dla Neuropsychologa i Obserwatora.

Scenariusz A – Pan Marek K. (72 lata): Subtelne zaburzenia pamięci

Kontekst: Pan Marek przyszedł na wizytę na prośbę córki, która od poł roku zauważa, ze powtarza te same pytania, zapomniał o dwóch wizytach lekarskich i gubi klucze. Sam pacjent myśli, ze to normalne starzenie i przyszedł, by udowodnić córce, ze jest dobrze.

Historia: Wykształcenie wyższe (inżynier); emerytura od 7 lat; palił przez 30 lat, rzucił 10 lat temu; nadciśnienie w trakcie leczenia; bez urazów głowy; ojciec miał otępienie w późnym wieku.

Obraz kliniczny do odegrania: Dobry kontakt, nieznacznie obniżony wgląd (minimalizuje skargi), mowa płynna i prawidłowa, można zauważyć 2-3 powtórzenia pytań w trakcie wywiadu. Poziom aktywności prawidłowy, wygląd zadbany.

Wyniki orientacyjne testów: MoCA 22/30 (strata głownie na pamięci odroczonej: 2/5 słów, i subtescie orientacji: -1). CDT prawidłowy (5/5). Hipoteza robocza do sformułowania przez studenta: MCI amnestyczne.

Scenariusz B – Pani Zofia W. (65 lat): Zmiana osobowości i zaburzenia zachowania

Kontekst: Pani Zofia została przyprowadzona przez męża, który opisuje dramatyczna zmianę jej osobowości w ciągu ostatnich 2 lat: stała się impulsywna, wulgarnie komentuje zachowanie obcych osób w miejscach publicznych, zaniedbuje higienę, kilkakrotnie kupiła bezużyteczne przedmioty w Internecie za duże kwoty; nie rozumie, co mąż ma na myśli.

Historia: Wykształcenie wyższe; nigdy nie leczona psychiatrycznie; pracowała jako księgowa; sin pije alkohol nadmiernie (wywiad rodzinny – możliwy czynnik genetyczny FTD). Badanie MRI: atrofia obustronna płata czołowego.

Obraz kliniczny do odegrania: Kontakt powierzchowny, zmienne skupienie uwagi, komentarze nieadekwatne do sytuacji (np. komentowanie wyglądu badającego), afekt euforyczny lub nieadekwatnie lekki, brak wglądu. Pamięć epizodyczna (pamiętam, co było w zeszłym tygodniu) względnie zachowana.

Wyniki orientacyjne testów: MoCA 23/30 (straty: FW – abstrakcja, język – fluencja, orientacja -1). CDT: cyfry zagloszczone lub poza tarcza, wskazówki błędne (3/5). Hipoteza robocza do sformulowania: bv-FTD.

Scenariusz C – Pan Tomasz R. (58 lat): Narastające trudności z mowa

Kontekst: Pan Tomasz zgłosił się sam z powodu postępujących od 18 miesięcy trudności z wyrażaniem myśli. Skarży się, ze szuka słów, robi pauzy w zdaniach, czasem zamienia słowa. Zaczął unikać spotkań towarzyskich. Sam zauważa problem i jest tym wyrażenie zaniepokojony.

Historia: Wykształcenie wyższe (prawnik); niepalacy; bez chorób neurologicznych; MRI: atrofia asymetryczna płata czołowego lewego i przedniej części płata skroniowego lewego.

Obraz kliniczny do odegrania: Mowa wyraźnie spowolniona, agramatyczna, redukcja zdania złożonego do prostych; widoczne szukanie słów; rozumienie złożone (zdania z gramatyka odwrotna) nieco zaburzone; afekt adekwatny (lekki niepokój i frustracja); wgląd dobry.

Wyniki orientacyjne testów: MoCA 24/30 (straty: jezyk – fluencja fonemiczna 0/1, powtarzanie zdań 0/1; wywiad: FAS bardzo niski = 11 slow dla P). CDT prawidłowy. Hipoteza robocza: PPA wariant niefluentny / agramatyczny.

Scenariusz D – Pani Anna S. (68 lat): Zaburzenia po udarze prawej półkuli

Kontekst: Pani Anna jest 3 miesiące po udarze prawej półkuli (terytorium t. środkowej mózgu prawej). Zgłasza się na rehabilitacje neuropsychologiczna. Mąż zgłosił, ze potrzeba czasu nauka nowych drogi do sklepu, ona sama uważa ze problem polega na tym, że mąż nie jest cierpliwy.

Historia: Nadciśnienie, cukrzyca typu 2; udar 3 mies. temu; aktualnie fizjoterapia; MRI: zawal w obszarze ciemieniowym i skroniowym prawym.

Obraz kliniczny do odegrania: Mowa werbalna płynna i poprawna. Trzyma się lewej strony przestrzeni podczas rozmowy; rysując zwraca uwagę głownie na prawa stronę kartki. Lewy niedowład ręki (można udawać ograniczenie ruchu). Wgląd częściowy – minimalizuje trudności przestrzenne.

Wyniki orientacyjne testów: MoCA 21/30 (straty: subtest wzrokowo-przestrzenny – sześcian 0, zegar CDT niepełny po lewej stronie tarczy). CDT: brak cyfr po lewej stronie (neglect). Hipoteza robocza: neglect lewostronny po udarze prawostronnym, zaburzenia uwagi przestrzennej.

4. Protokół wywiadu CNPI-LAB

CNPI-LAB *(Clinical Neuropsychological Interview Protocol – Laboratory Version)* jest uproszczonym, ustrukturyzowanym protokołem wywiadu opracowanym na potrzeby tych zajęć. Zawiera obowiązkowe obszary tematyczne (zaznaczone pogrubieniem) i pytania pomocnicze. Neuropsycholog może i powinien rozwijać watki wynikające z odpowiedzi pacjenta. Orientacyjny czas: 20 minut.

i Instrukcja dla neuropsychologa

Rozpocznij od przedstawienia się i poinformowania pacjenta o celu i przebiegu spotkania (świadoma zgoda). Formułuj pytania jasno i prostym językiem. Zapisuj nie tylko treści odpowiedzi, ale tez obserwacje behawioralne (patrz sekcja 4.2).

Nie przerywaj pacjentowi podczas dłuższych odpowiedzi – czas trwania i jakość spontanicznej mowy są same w sobie diagnostycznie istotne.

Unikaj narzucania słów i podpowiedzi w obszarze skargi głównej – pozwól pacjentowi opisać problem własnymi słowami.

4.1. Część A – Dane ogólne i skarga główna

DANE OGOLNE I KONTEKST WIZYTY	Odpowiedzi / Obserwacje badającego
Imię i nazwisko pacjenta (fikcyjne wg scenariusza):	
Wiek / Data urodzenia:	
Plec:	
Poziom wyksztalcenia (lata nauki formalnej):	
Zawod wykonywany / Aktywność zawodowa:	
Kto towarzyszył pacjentowi / Źródło skierowania:	
Cel wizyty wg pacjenta (cytuj dosłownie):	
Cel wizyty wg opiekuna / skierowującego:	

4.2. Część B – Historia dolegliwości

WYWIAD DOTYCZACY SKARGI GLOWNEJ	Odpowiedzi / Obserwacje badającego
Kiedy po raz pierwszy zauważone trudności? (onset):	miesiąc / rok / okoliczności

WYWIAD DOTYCZACY SKARGI GLOWNEJ	Odpowiedzi / Obserwacje badającego
Przebieg: nagły / stopniowy / skokowy / epizodyczny:	opisz
Czy trudności nasilają się lub zmieniają? W jakim kierunku?	
Jakie czynności dnia codziennego są utrudnione?	ADL: praca, prowadzenie samochodu, finanse, leki, gotowanie
Czy pacjent sam zauważa trudności (wgląd)?	tak / częściowo / nie – opisz
Czy inne osoby zgłaszały obserwacje? Jakie?	
Czy występowały podobne epizody wcześniej?	

4.3. Część C – Wywiad medyczny i rodzinny

HISTORIA MEDYCZNA	Odpowiedzi / Obserwacje badającego
Choroby neurologiczne w wywiadzie (urazy głowy, udary, padaczka, guzy):	
Choroby psychiatryczne w wywiadzie (depresja, psychoza, uzależnienia):	
Choroby ogólnoustrojowe istotne neuropsychologicznie (nadciśnienie, cukrzyca, choroby tarczycy):	
Aktualne leki (szczególnie psychoaktywne, przeciwnadcisnieniowe, hipoglikemizujace):	
Wywiad rodzinny w kierunku demencji, chorób neuropsychiatrycznych:	
Używki: alkohol (jednostki/tyg.), papierosy, narkotyki:	
Poziom aktywności fizycznej i społecznej:	
Sen: godziny, zaburzenia (bezdech, bezsenność):	

4.4. Część D – Wywiad dotyczący domen funkcjonalnych

DOMENY POZNAWCZE – PYTANIA SCREENINGOWE	Odpowiedzi / Obserwacje badającego
PAMIĘĆ: Czy zdarzają się problemy z przypominaniem rozmów, dat, umówień? Czy pacjent powtarza pytania?	
UWAGA: Czy łatwo się rozprasza? Czy trudno skupić się na dłuższym zadaniu lub czytaniu?	

DOMENY POZNAWCZE – PYTANIA SCREENINGOWE	Odpowiedzi / Obserwacje badającego
JEZYK: Czy są trudności ze znalezieniem słów, rozumieniem innych, nazywaniem przedmiotów?	
FUNKCJE WYKONAWCZE: Czy planowanie, organizacja, podejmowanie decyzji sprawia trudność? Błędy w zarzadzaniu finansami?	
PERCEPCJA PRZESTRZENNA: Czy pacjent gubi się w znajomych miejscach, ma trudności z prowadzeniem samochodu?	
ZACHOWANIE I OSOBOWOSC: Czy wystąpiły zmiany w zachowaniu, emocjonalności, motywacji, impulsywności?	
CZYNNOSCI DNIA CODZIENNEGO: Jakie czynności pacjent może wykonać samodzielnie, w jakich potrzebuje pomocy?	

4.5. Część E – Obserwacja behawioralna podczas wywiadu

ARKUSZ OBSERWACJI BEHAWIORALNEJ	Odpowiedzi / Obserwacje badającego
Wygląd ogólny (ubiór, higiena, adekwatność do sytuacji):	prawidłowy / zaniedbany / nieadekwatny – opisz
Poziom aktywności / tempo psychomotoryczne:	normokinesja / bradykinezja / pobudzenie
Kontakt wzrokowy:	prawidłowy / nadmierny / unikający / zmienny
Mowa – fluencja:	płynna / niefluentna / agramatyczna / perseweracje / echo
Mowa – szukanie słów (anomia / parafazje):	nie obserwowano / rzadkie / częste – przyklad: ...
Mowa – spontaniczna vs odpowiedzi na pytania:	inicjatywa językowa: spontaniczna / bierna
Afekt – zakres i adekwatność:	prawidłowy / spłaszczony / euforyczny / dysforyczny / labilny / nieadekwatny
Wgląd w trudności:	dobry / częściowy / brak / anosognozja – opisz różnice wg pacjenta vs obserwacje
Orientacja (temporo-przestrzenna – sprawdzić wprost):	T/M/R: tak/nie; Miejsce: tak/nie; Osoba: tak/nie
Zmęczenie / wahania uwagi podczas wywiadu:	nie zaobserwowano / lekkie / wyraźne – kiedy?
Inne zachowania diagnostycznie istotne:	np. persewracje tematyczne, echolalia, utilization behaviour

5. Arkusz wyników testów i hipotez diagnostycznych

Imię i nazwisko studenta	
Numer albumu	

Scenariusz kliniczny (A / B / C / D)	
Rola w pierwszej rundzie (neuropsycholog / pacjent / obserwator)	
Ocena końcowa	

5.1. Wyniki testów przesiewowych

MoCA – Montreal Cognitive Assessment	Odpowiedzi / obserwacje badającego
Wynik całkowity:	/ 30 pkt (+ 1 pkt jeśli wykształcenie <= 12 lat)
Domeny obniżony (poniżej max):	wpisz nazwę domeny i utracone punkty
Domeny prawidłowe:	
Ocena: prawidłowy / MCI / możliwa demencja:	>=26 = prawidłowy; 18-25 = MCI; <18 = demencja możliwa

Clock Drawing Test (CDT) – system Rouleau i in. (1992)	Odpowiedzi / Obserwacje badającego
Kontur tarczy (0–1 pkt):	
Liczby – obecność i rozmieszczenie (0–3 pkt):	
Wskazówki – obecność, długość, kierunek, godzina (0–3 pkt):	
Wynik łącznie:	/ 7 pkt
Błędy charakterystyczne (opisz):	np. cyfry po prawej, brak wskazówek, godzina na zewnątrz
Interpretacja kliniczna:	

Fluencja fonemiczna (litera P, 60 s), z MoCA lub osobno	Odpowiedzi / Obserwacje badającego
Liczba poprawnych słów (60 s):	liczba
Liczba persewracji:	liczba
Naruszenia reguł (nazwy własne itp.):	liczba
Ocena (>= 11 = norma orientacyjna dla dorosłych z wyższym wyk.):	

5.2. Hipoteza diagnostyczna i profil kliniczny

Instrukcja formułowania hipotezy diagnostycznej

Hipoteza powinna: (1) identyfikować główny zespół kliniczny lub diagnozę różnicową; (2) wskazywać zaburzone i zachowane domeny; (3) sugerować lokalizacje lub sieć zaangażowana; (4) być uzasadniona danymi z wywiadu, obserwacji i testów; (5) zawierać co najmniej jedna alternatywna hipotezę i wskazywać, jakie dane ja rozstrzygną.

Unikaj: (a) diagnozy bez uzasadnienia; (b) hipotezy opartej tylko na jednym źródle danych; (c) pomijania rozbieżności miedzy rożnymi źródłami (np. wynik testu sprzeczny z obserwacja).

HIPOTEZA DIAGNOSTYCZNA (model SOAP, sekcja A)	Odpowiedzi / obserwacje badającego
Skarga główna (S) – streszczenie w 1–2 zdaniach:	
Kluczowe dane obiektywne (O) – wyniki testów i obserwacje:	
Hipoteza główna (A) – zespól kliniczny i lokalizacja / sieć:	
Hipoteza alternatywna 1 (A):	
Hipoteza alternatywna 2 (A):	
Co rozstrzygnęłoby miedzy hipotezami? (A) – testy, konsultacje, neuroobrazowanie:	
Plan dalszej diagnozy i rekomendacje (P):	

6. Protokół analityczny: pytania do opracowania

Wypełnij poniższe pytania indywidualnie po zakończeniu symulacji, testów i wypełnieniu hipotez. Odpowiedzi powinny łączyć obserwacje z zajęć z wiedzą teoretyczna z ćwiczeń 1–2. Cytuj źródło (nazwisko, rok).

6.1. Analiza wywiadu i obserwacji

Nr	Pytanie / Polecenie analityczne	Odpowiedź / Notatka
1	Jakie informacje z wywiadu (sekcja S modelu SOAP) miały kluczowe znaczenie diagnostyczne dla Twojego scenariusza? Uzasadnij, odwołując się do kryterium onset–przebieg–domeny.	
2	Opisz co najmniej trzy obserwacje behawioralne, które zarejestrował(-as) podczas symulacji. Jaka maja wartość diagnostyczna i jakie struktury/sieci mogą za nimi stać?	
3	Czy zaobserwowałeś(-as) rozbieżność miedzy relacja pacjenta a wynikami testów lub obserwacjami? Jeśli tak, to jak ja interpretujesz (anosognozja, zaprzeczenie, normalne różnice kulturowe/lekowe)?	
4	Jak oceniasz jakość sojuszu terapeutycznego, który udało się Ci zbudować w roli neuropsychologa? Co utrudniało, co ułatwiało kontakt? Co zrobiłbyś(-abys) inaczej?	

6.2. Analiza wyników testów

Nr	Pytanie / Polecenie analityczne	Odpowiedź / Notatka
1	Jaki wynik MoCA uzyskał pacjent ze scenariusza? Które domeny były obniżone? Jak koreluje to z profitem tesci oczekiwanym dla hipotezy głównej?	
2	Opisz błędy w CDT: czy sa charakterystyczne dla jakiegoś konkretnego zespołu? Odwołaj się do klasyfikacji błędów CDT (Rouleau, 1992).	

Nr	Pytanie / Polecenie analityczne	Odpowiedź / Notatka
3	Na ile wyniki MoCA i CDT sa zbieżne z hipoteza sformułowaną na podstawie wywiadu i obserwacji? Jeśli występują różnice to jaka jest Twoja interpretacja?	
4	Jakie testy z Lab 2 (TMT, FAS, WCST, Stroop) najlepiej uzupełniłyby dzisiejszy zestaw przeglądowy dla Twojego scenariusza? Uzasadnij, wskazując, które domeny wymagają głębszego zbadania.	

6.3. Ocena hipotezy i diagnoza różnicowa

Nr	Pytanie / Polecenie analityczne	Odpowiedź / Notatka
1	Przedstaw swoja hipotezę główną z uzasadnieniem opartym na wszystkich trzech źródłach: wywiad, obserwacja, testy. Które źródło miałeś(-as) Twoim zdaniem najbardziej informatywne?	
2	Sformułuj hipotezę alternatywna i podaj, jakie jedno badanie lub obserwacja rozstrzygnęłaby miedzy hipoteza główną, a alternatywną. Uzasadnij wybór badania.	
3	Jak syndrom kliniczny ze scenariusza A wpisuje się w model sieci neuronowych (DMN/SN/CEN) z ćwiczenia 1? Które węzły sieci są zaburzone i jak to wyjaśnia obserwowane objawy?	
4	Jaka jest różnica miedzy diagnozą neuropsychologiczna, a diagnozą psychiatryczna lub neurologiczna? Gdzie są granice kompetencji neuropsychologa, a gdzie powinien się zacząć wymiar neurologa lub psychiatry?	

6.4. Rola Obserwatora – ocena procesu wywiadu

Jeśli byłeś(-as) Obserwatorem w co najmniej jednej rundzie, wypełnij poniższe pytania. Jeśli nie – odpowiedz na podstawie obserwacji koleżanki/kolegi podczas symulacji.

Nr	Pytanie / Polecenie analityczne	Odpowiedź / Notatka
1	Oceń, czy Neuropsycholog przestrzegał zasad standaryzowanego wywiadu: czy stosował otwarte pytania na początku, czy nie sugerował odpowiedzi, czy dawał pacjentowi czas na odpowiedź?	
2	Czy zaobserwowałeś(-as) momenty, w których Neuropsycholog miał trudność z utrzymaniem neutralności lub podążaniem za ważnym wątkiem klinicznym zamiast trzymać się protokołu?	
3	Jak Pacjent reagował na różne typy pytań (otwarte vs zamknięte, ogólne vs szczegółowe)? Co z tego wynika dla techniki klinicznej?	
4	Co konkretnego Neuropsycholog zrobił dobrze pod względem komunikacji z pacjentem? Co powinien poprawić? Sformułuj dwie konstruktywne, behawioralne sugestie.	

6.5. Refleksja i dyskusja plenarna

Nr	Pytanie / Polecenie analityczne	Odpowiedź / Notatka
1	Jaka jest Twoim zdaniem najpoważniejsza pułapka diagnostyczna w przesiewowym badaniu neuropsychologicznym przy użyciu samego MoCA? Jakie grupy pacjentów mogą być fałszywie negatywne lub fałszywie pozytywne?	
2	Porownaj metode wywiadu ustrukturyzowanego z metodą swobodna: jakie sa zalety i wady kazej w kontekscie oceny neuropsychologicznej? Czy istnieją sytuacje, w których należy odejść od protokołu?	
3	Czy efekty kulturowe lub językowe (np. pacjent dwujęzyczny, niskie wykształcenie, imigracja) mogą zakłócać wyniki MoCA i CDT? Jak można temu przeciwdziałać metodologicznie?	
4	Sformułuj jedno kliniczne pytanie badawcze, które nasunęło Ci się po dzisiejszych ćwiczeniach. Zdefiniuj grupę badana, zmienna zależną i odpowiednie narzędzie pomiarowe.	

7. Zadanie domowe i literatura

Zadanie domowe

Na podstawie scenariusza klinicznego z dzisiejszych zajec napisz pelny raport neuropsychologiczny (min. 900 slow, APA 7. ed.) zawierający: (1) dane ogólne pacjenta (fikcyjne); (2) powód skierowania; (3) metody i narzędzia; (4) wyniki badania – opis obserwacji behawioralnej i wyników testów; (5) interpretacja i hipoteza diagnostyczna z diagnoza różnicową; (6) rekomendacje diagnostyczne i terapeutyczne.

Raport powinien być napisany stylem klinicznym, rzeczowym, unikającym potoczności. Używaj terminologii neuropsychologicznej z odwołaniami do źródeł (np. wynik MoCA = 22/30, co sugeruje MCI wg kryterium Nasreddine i in., 2005).

Forma: .pdf lub .docx, 12 pt Calibri, marginesy 2,5 cm.

7.1. Literatura obowiązkowa

1. Lezak, M. D., Howieson, D. B., Bigler, E. D. i Tranel, D. (2012). Neuropsychological Assessment (5th ed.). Oxford University Press. [Rozdzialy 6–7: Wywiad kliniczny i obserwacja; Rozdzial 8: Narzedzia przesiewowe]
2. Nasreddine, Z. S. i in. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A brief screening tool for mild cognitive impairment. Journal of the American Geriatrics Society, 53(4), 695–699.
3. Rouleau, I., Salmon, D. P., Butters, N., Kennedy, C. i McGuire, K. (1992). Quantitative and qualitative analyses of clock drawings in Alzheimer's and Huntington's disease. Brain and Cognition, 18(1), 70–87.
4. Strub, R. L. i Black, F. W. (2000). The Mental Status Examination in Neurology (4th ed.). F.A. Davis.

7.2. Literatura uzupełniająca

- Gorno-Tempini, M. L. i in. (2011). Classification of primary progressive aphasia and its variants. Neurology, 76(11), 1006–1014.
- Rascovsky, K. i in. (2011). Sensitivity of revised diagnostic criteria for the behavioural variant of frontotemporal dementia. Brain, 134(9), 2456–2477.
- Jorm, A. F. (1994). A short form of the Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE): Development and cross-validation. Psychological Medicine, 24(1), 145–153.
- Freitas, S., Simoes, M. R., Alves, L. i Santana, I. (2013). Montreal Cognitive Assessment: Validation study for mild cognitive impairment and Alzheimer disease. Alzheimer Disease & Associated Disorders, 27(1), 37–43.
- Harvey, P. D. (2012). Clinical applications of neuropsychological assessment. Dialogues in Clinical Neuroscience, 14(1), 91–99.
- Shulman, K. I. (2000). Clock-drawing: Is it the ideal cognitive screening test? International Journal of Geriatric Psychiatry, 15(6), 548–561.