

VLOGA PSIHologa IN PSIHIATRA V OKVIRU DOLGOTRAJNE PSIHOSOCIALNE REHABILITACIJE OSEB PO PRIDOBLENJI MOŽGANSKI POŠKODBI

THE ROLE OF THE PSYCHOLOGIST AND THE PSYCHIATRIST IN THE FRAMEWORK OF LONG-TERM PSYCHOSOCIAL REHABILITATION AFTER ACQUIRED BRAIN INJURY

Rok Merc, univ. dipl. psih., spec. psihoterapije
Prim. Dušan Žagar, dr. med. spec. nevropsihiater, psihoterapevt
Zavod za varstvo in rehabilitacijo po poškodbah glave Zarja

IZVLEČEK

Vsak poseg v fiziološko funkcioniranje človeka ima za posledico stres, ki se pojavi kot normalna reakcija na travmo. Travma po možganski poškodbi ni omejena le na preživetje v enkratni izkušnji, ki je ogrožala življenje, ampak se pojavi tudi ob kronični osamljenosti, izgubi svojih sposobnosti ali ob konstantnem občutku sramu in neuspeha. Težave z znižano frustracijsko toleranco, tesnobo, depresijo, psihotično dekompenzacijo in druge prispevajo k motnjam v stikih z drugimi. Zaradi znižanja sposobnosti pozitivnega spoprijemanja s svojimi težavami je strokovna pomoč, tudi v dolgotrajni psihosocialni rehabilitaciji, nujna.

Naše izkušnje kažejo na pozitiven učinek individualnih in skupinskih obravnav s psihoterapevtskimi elementi, ki pomagajo uporabnikom pri sprejemanju sebe, drugih ter sveta in omogočajo prilagajanje v spremenjenih pogojih. Nekateri uporabniki potrebujejo tudi medikamentozno zdravljenje.

Zaradi izraženih kognitivnih, čustvenih in vedenjskih motenj oseb po pridobljeni možganski poškodbi, je psihološko, psihiatrično in psihoterapevtsko pomoč, na področju dolgotrajne psihosocialne rehabilitacije oseb po pridobljeni možganski poškodbi potrebno zagotoviti še v večjem obsegu.

Ključne besede: psihologija, psihiatrija, psihoterapija, pridobljene možganske poškodbe, stres, možgani, travma, dolgotrajna rehabilitacija, kognitivne motnje, čustvene motnje, vedenjske motnje

1. Kaj je dolgotrajna psihosocialna rehabilitacija

Programi psihosocialne rehabilitacije običajno združujejo farmakološko zdravljenje, trening samostojnega življenja, trening socialnih veščin, psihološko pomoč uporabnikom in njihovim bližnjim, nastanitev, poklicno rehabilitacijo, socialno podporo, širjenje socialne mreže in omogočanje dostopa do prostočasnih aktivnosti (WHO, 1997).

Storitve psihosocialne rehabilitacije pomagajo uporabnikom lažje in hitrejše prilagajanje v spremenjenih pogojih. Raziskave kažejo, da prejemniki psihosocialne rehabilitacije potrebujejo manj in krajše sprejeme v bolnišnico, kot tisti, ki te pomoči ne prejemajo (Bell in Ryan, 1984).

2. Kaj je dolgotrajna psihosocialna rehabilitacija oseb po pridobljeni možganski poškodbi

Primarna in sekundarna rehabilitacija je uspešna pri številnih motnjah, ki nastanejo zaradi možganske poškodbe. Pogostokrat pa spremembe sledijo šele leta po zaključeni začetni rehabilitaciji (predvsem učinek poškodbe na psihosocialno funkcioniranje). Travma po možganski poškodbi ni omejena le na preživetje v enkratni izkušnji, ki je ogrožala življenje, ampak se pojavi tudi ob

kronični osamljenosti, izgubi svojih sposobnosti ali ob konstantnem občutku sramu in neuspeha (Cozolino, 2002).

Človeško telo je od možganske poškodbe naprej v stanju akutnega stresa in ima za posledico predvidljive vzorce biokemijskih sprememb. Zviša se nivo izločanja norepinefrina, dopamina, endogenih opiatov in glukokortikoidov, zniža pa nivo serotonina. Ko je stres dolgotrajen ali kroničen, se pojavijo spremembe v osnovni produkciji, razpoložljivosti in homeostatični regulaciji neurokemčnih spojin. Te spremembe delovanja še dodatno vplivajo na dolgoročne vedenjske in psihološke spremembe (Cosolino, 2002).

Biokemične spojine in neuroanatomske spremembe spremljajo simptomi, kot so oslABLJENA emocionalna kontrola, socialni umik in znižani nivoji adaptivnih funkcij. Ti in drugi negativni učinki travme pa povzročijo okrnjeno funkcioniranje v nekaterih ali vseh področjih življenja. Vpliv travme je odvisen od kompleksne interakcije fizioloških in psiholoških nivojev razvoja, ko se pojavi travma, dolžino in stopnjo travme in prisotnost predhodnih travm in drugih primanjkljajev (Cosolino, 2002).

Zaradi dolgotrajnih posledic pridobljene možganske poškodbe na posameznikovo nadaljno življenje lahko govorimo o dolgotrajni potrebi po psihosocialni pomoči oz. o dolgotrajni psihosocialni rehabilitaciji.

3. Vloga psihologa in psihiatra v okviru dolgotrajne psihosocialne rehabilitacije oseb po pridobljeni možganski poškodbi

V psihološki obravnavi oseb po pridobljeni možganski poškodbi se prepletajo trije procesi: *psihodiagnostika, kognitivni trening in psihoterapevtski pristopi*.

Pri psihodiagnostiki v psihološko oceno osebe po poškodbi možganov smiselno integriramo podatke o značilnostih poškodbe, o predtravmatski osebnosti, stanju višjih psihičnih sposobnosti, stopnji prizadetosti kognitivnih, čustvenih in vedenjskih področij osebnosti in o posebnostih socialnega okolja, iz katerega bolnik izhaja. Pri drugih dveh naštetih procesih pa lahko dejansko govorimo o dolgotrajni psihosocialni rehabilitaciji. Okvare na področju kognicije prispevajo k socialni izoliranosti oseb, zmanjšanju aktivnosti in k povečanju odvisnosti od drugih. Kognitivna rehabilitacija je usmerjena na krepitev okrevanja prizadetih kognitivnih funkcij ter na razvijanje strategij za premagovanje težav, ki izvirajo iz poškodovanih kognitivnih sposobnosti v vsakodnevnem življenju.

Pogoste posledice poškodb možgan so tudi psihosocialne in osebnostne motnje. Z ustreznim psihoterapevtskim pristopom lahko omilimo te težave in izboljšamo psihično prilagajanje oseb. Pri tem so spremembe v doživljanju in vedenju odvisne tako od predtravmatskih značilnosti osebnosti, kot tudi od nevrolško pogojenih sprememb po poškodbi in samih reakcij oseb na novo situacijo.

Sama psihološka obravnava je usmerjena na uporabnika storitev kot tudi na svoje in njegovo širšo socialno okolje. Potrebno je poudariti pravočasno in ustrezno psihološko obravnavo, ki prispeva k zmanjšanju posledic poškodbe, vendar pa je zelo pomembna tudi prilagojena psihološka obravnava še daljše obdobje po poškodbi, ko se oseba začne soočati z zahtevami vsakodnevnega življenja in lastnimi omejitvami. Podaljšana psihosocialna rehabilitacija vzdržuje in izboljšuje doseženo kvaliteto življenja poškodovanca.

Možganska poškodba je lahko tudi razlog za nastanek različnih duševnih motenj. Ko te motnje dosežejo kritično točko in normalno funkcioniranje posameznika v okolju ni mogoče, je potrebna

ustrezna pomoč. Pomoč se nudi v različnih oblikah, običajno pa gre za kombinacijo medikamentozne terapije in psihoterapije.

V ta namen je v okviru storitev v Zavodu Zarja na voljo tudi psihiatrična obravnava, ki jo vodi nevropsihiater. V rednem programu so tako enkrat na teden mogoče individualne in skupinske psihiatrične obravnave, namenjene uporabnikom storitve.

4. Nekateri spremembe po pridobljeni možganski poškodbi

Osebe s pridobljeno možgansko poškodbo doživijo poslabšanje na eni ali večih od naslednjih področij: (1) *gibanje in čutenje*, (2) *komunikacija*, (3) *kognicija*, (4) *vedenje*, (5) *psihosocialno področje*.

(1) Gibanje in čutenje

Takoj po možganski poškodbi je fizično okrevanje zelo izrazito. Nekateri raziskave (Tate, Broe in Lulham, 1989) kažejo, da le 25% oseb po možganski poškodbi še občuti dolgotrajne fizične posledice. Pogoste so paralize, neusklajenost gibanja ter delna oviranost gibanja, ki je običajno bolj izrazita na eni strani telesa.

Med bolj pogostimi zaznavnimi težavami sodi poslabšanje vida. Olver (1996) je v svoji raziskavi navaja, da je 42% od 103 oseb po možganski poškodbi imelo 5 let po poškodbi še vedno težave z vidom. Obenem se pojavljajo spremembe tudi na področju voha, okusa, čutenjem toplote, pritiska itd.

(2) Komunikacija

Po PMP se lahko pojavijo tudi številne težave s komunikacijo. Pri afaziji gre za motnje v eni ali večih komunikacijskih spretnosti (npr. razumevanje, govor, pomnjenje imen, branje, pisanje itd.). Disartrija nastane kot posledica poškodbe možganskega debla, kar lahko ima za posledico fizične težave v produkciji govora, težave s požiranjem in slinjenjem. Posamezne stopnje disartrije lahko pri nekaterih vztrajajo tudi še 5 let po poškodbi možganov (Olver, Ponsford in Curran, 1996).

(3) Kognicija

Po PMP se lahko pojavijo tudi številne težave s kognicijo. Najpogostejše težave so na področju pozornosti, spomina, mišljenja, planiranja, organiziranja in sklepanja.

Pozornost

Osebe po PMP so lahko pozorne le krajši čas, njihovo pozornost hitreje prekinajo zunanji in notranji dejavniki in s težavo usmerijo pozornost na podrobnosti. Ogled TV programa ali pogovor lahko hitro postaneta prezahtevna. Do 34,1% ljudi s poškodbo možganov ima zmanjšano hitrost procesiranja informacij (Tate, Fenelon, Manning in Hunter, 1991).

Spomin

Težave na področju spomina, pomnjenja novih informacij in pozabljanje spadajo med bolj pogoste posledice po možganski poškodbi. 56,5% in 74% oseb z možgansko poškodbo poroča o težavah s spominom (Ponsford in dr., 1995; Tate in dr., 1991)

Mišljenje

Značilna je perseveracija in togo spoprijemanje s problemi. Pojavijo se težave s kompleksnim mišljenjem, ki je pogosto manj fleksibilno (Tate in dr., 1991).

Planiranje in organiziranje

Pojavljajo se težave pri izvajanju posameznega opravila zaradi mešanja posameznih korakov. Učenje iz svojih napak je oteženo zaradi pomanjkanja sposobnosti samoopazovanja (Ponsford in dr., 1995).

Razumevanje

Mišljenje se nahaja na konkretni ravni, prehod na abstraktno raven mišljenja je pogostokrat otežen.

(4) Vedenje

Thomsen (1984) v svoji raziskavi navaja, da 60% - 80% svojcev poškodovancev poroča o spremembah na področju vedenja.

Spremembe v vedenju lahko po eni strani opazimo kot pomanjkanje aktivnosti, po drugi pa kot pomanjkanje inhibicije, impulzivnost, jezljivost itd. Osebe so lahko neobičajno vesele, indiferentne na dogajanje ali pa imajo nihanja v razpoloženju. Svojih omejitev ne zaznavajo v skladu s svojimi sposobnostmi, temu primerno oblikujejo nerealne želje, cilje in pričakovanja. Pogosto postanejo zelo osredotočeni sami nase, do drugih so zelo zahtevni, težave imajo z življenjem v druge osebe.

(5) Psihosocialno področje

Osebe po PMP imajo težave pri opravljanju vsakodnevnih opravil ter vračanju na stara delovna mesta (Olver in dr., 1996). Študije kažejo na to, da se pojavijo težave tudi v zakonskih zvezah, v katerih je eden od zakoncev utrpel poškodbo možganov. Po šestih letih po poškodbi se je obdržalo še samo 45% zakonskih zvez (Tate, Lulham in dr., 1989). Pomemben faktor v partnerskih zvezah so tudi spremembe na področju spolnosti.

Tudi socialni stiki se po možganski poškodbi običajno drastično zmanjšajo. Tako po 5 letih po poškodbi 50% poškodovancev poroča o izgubi prijateljev in hudi socialni izoliranosti (Olver in dr., 1996).

Pogoste psihološke reakcije na MP so depresija, tesnoba, slaba samopodoba in misli na samomor. Skoraj 1 od 5 oseb po MP poskusi narediti samomor (Simpson in Tate, 2002)

5. Možganska poškodba in socialna komunikacija

Komunicirati (lat. *communicare*) – (1.) *izmenjavati, posredovati misli, informacije, sporazumevati se; (2.) biti razumljiv, sprejemljiv.*

Osebe po pridobljeni možganski poškodbi lahko imajo težave s: slabim očesnim stikom s sogovornikom, nezmožnostjo hitre spremembe teme, iniciacijo pogovora, prekinjanjem med govorom drugega, preobširnim govorjenjem, običanjem na eni temi, z izgubo rdeče niti pogovora, neposlušanjem drugih, pretirano uporabo gestikulacij, pomanjkanjem obraznih izrazov, slabo oceno potrebne razdalje do sogovornika (običajno stojijo preblizu) in neupoštevanjem namigov za zaključek govora.

Primer:

V skupini, v kateri sodeluje 14 uporabnikov s pridobljeno možgansko poškodbo, je pogovor nanesel na temo o stresu. Polovica skupine sodeluje zgolj s poslušanjem. Občasno kak tihi

član poskusi tudi kaj povedati, a ga hitrejši in glasnejši člani skupine prekinejo z vprašanji ali govorom v njegovem imenu. Dva člana skupino spremljata z zaprtimi očmi, druga dva pa pogostokrat pogledata na uro zaradi strahu, da bosta zamudila avtobus.

Uporabnik A: Pove, da ni nikoli pod stresom, in da tudi s prijateljico, s katero si dopisuje, govori o tem, kako je bilo pred njegovo poškodbo. Nadalje pove, da bo ob prihodu domov prijateljici ponovno napisal pismo, da se ji opraviči in ji pove, da ni mislil resno.

Uporabnik B: Pogostokrat prekine govor drugih uporabnikov in kljub namigu, da se še zmeraj pogovarjamo o stresu in o tem, kako ga doživljamo, ponovno želi govoriti o svoji izkušnji kako ga ni bilo strah, ko je zvečer odšel na sprehod. Med govorom maha z rokami, da zmoti uporabnika, ki sedi ob njemu.

Pomoč pri izražanju in razumevanju

Velikokrat osebi po pridobljeni možganski poškodbi pomagamo že samo s tem, da ji damo dovolj časa, da pove tisto, kar želi povedati. Druge tehnike so še vspodbujanje poskusov govora, neprekinjanje govora, podajanje vprašanj ali izbire, da pomagamo razjasniti, kaj nam želi oseba povedati (npr. »Ali si mislil...?«, povprašamo po temi govora, podajanje dveh možnosti – »Ali želiš gledati TV ali greš na sprehod?« itd.).

Če želimo, da nas oseba po možganski poškodbi razume, se izogibajmo šumov v ozadju, govorimo naravno in jasno, pazimo na očesni stik, govorimo v kratkih, enostavnih stavkih. Če oseba ne razume, kaj ji želimo sporočiti, poskušajmo stavek preoblikovati, da bo bolj razumljiv. O dogodkih, predmetih, ljudeh govorimo v smislu »tukaj in sedaj«. Preverimo, ali je osebi zares jasno, o čem govorimo. Izogibajmo se hitri menjavi tem in upoštevajmo, da je razumevanje boljše, če uporabnik ni utrujen.

6. Možganska poškodba in zmanjšana sposobnost socialnega funkcioniranja

Težave na psihosocialnem področju, ki smo jih na kratko našteali poprej, so med drugimi tudi posledica zmanjšane sposobnosti socialnega funkcioniranja, nesposobnost igranja vloge študenta, partnerja, delavca, slabe skrbi za telesno zdravje in motnje v zaznavanju lastnih telesnih, kognitivnih, vedenjskih in čustvenih sprememb. Če je oseba z možgansko poškodbo v procesu zdravljenja samo pasivni objekt, lahko pričakujemo številna poslabšanja in ponovne hospitalizacije. Psihiatrične klinike številnih držav so razvile številne programe za učenje veščin socialne komunikacije in aktivno vključitev bolnika v proces vodenja bolezni. Bolniki se tako naučijo prepoznavati zgodnje simptome poslabšanja, tehnik obvladovanja stresa in pomena pozitivnega odnosa do medikamentozne terapije (Chamberlin, 1978.).

7. Osebnostne in vedenjske spremembe po pridobljeni možganski poškodbi

- pomanjkanje kontrole lastnega vedenja (agresivno vedenje, neprimerno vedenje, spolno nadlegovanje itd.)
- emocionalna nestabilnost
- druge čustvene motnje (depresija, tesnoba)
- pomanjkanje iniciative
- perseveracija v vedenju
- impulzivnost
- zmanjšana uvidevnost
- egocentričnost

- zmanjšan vpogled v lastno vedenje

Naštete spremembe v večji ali manjši meri vplivajo tudi na svojce, prijatelje, sodelavce itd. Med vedenjskimi spremembami, ki lahko imajo največji negativni učinek na ljudi v poškodovančevi bližini, je zagotovo agresivno vedenje.

Potencialni sprožilci agresivnega vedenja pri uporabniku:

- pomanjkanje spanca
- bolečina (npr. bolečina udov, glavoboli itd.)
- občutljivost na hrup
- občutljivost na svetlobo
- spremenjeno doživljanje samega sebe
- jeza zaradi nesreče ali poškodbe
- spoprijemanje s spremembami
- občutek nerazumevanja s strani drugih (prijateljev, družine, strokovnih delavcev, zdravnikov, itd.)
- različne frustracije (osebnostne, spolne, itd.)
- utrujenost zaradi predhodnih aktivnosti (znižana frustracijska toleranca)
- spremembe v odnosih in socialnih stikih
- nepredelane travme pred poškodbo
- zloraba alkohola, drog in poživil
- izpostavljenost v stresni situaciji

Vedenje uporabnika, ki lahko sproži agresivno vedenje pri souporabnikih:

- zmanjšanj vpogled v lastno vedenje
- egocentričnost, sebičnost, neupoštevanje drugih
- oslABLJENE socialne veščine (slabša interakcija z drugimi, slabše prepoznavanje situacije in konteksta itd.)
- motoričen nemir

Pristop k agresivnemu vedenju

Pomembno je, da v primeru agresivnega vedenja osebe ohranimo lastno kontrolo, da se izogibamo zrcalnemu vedenju, kontroliramo svoj dih, glas in držo (telesna), hkrati pa poskusimo uskladiti verbalna in neverbalna sporočila, ki jih sporočamo. Pazimo na varno razdaljo od osebe, ki se nahaja zunaj njegovega radiusa udarcev in brc (od 0,4 m do 1 m). Že prej omenjena telesna drža naj bo odprta, z rokami na vidnem mestu, roke naj ne bodo položene v bok. Izogibajmo se strmenju in hitrih gibov. Osebi se približamo pod rahlim kotom in ne frontalno.

Pristop do uporabnika, ki izraža agresivno vedenje je otežen, če je prisoten nujni telesni stik med zaposlenim in uporabnikom (npr. v primeru večjih motoričnih težav uporabnika).

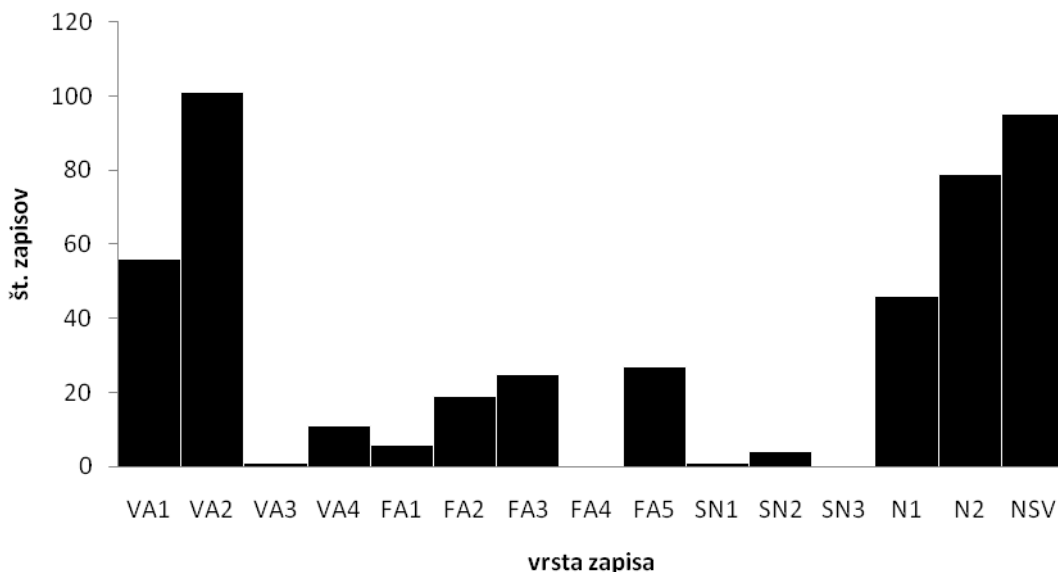
Intervence v primeru agresivnega vedenja naj bodo primerne oceni situacije. Lahko je pogajanje, umik ostalih uporabnikov in zaposlenih, presenečenje, odvrčanje pozornosti, humor, osamitev uporabnika in/ali priklic pomoči.

Agresiven uporabnik običajno potrebuje pomoč pri pomiritvi. Pri tem so nam lahko v pomoč različne sprostitvene tehnike, dihalne vaje, smeh, vsodbujanje izražanja čustev na drug način in predvsem pogovor. Primeren pristop k uporabniku, ki vključuje razumevanje vseh zajetih težav pri izražanju, razumevanju in procesiranju informacij, nam pomaga, da stopimo z uporabnikom

v stik in mu na ta način pomagamo, da se pomiri. Ustrezne psihoterapevtske in komunikacijske veščine so pri tem nujno potrebne.

Sledi ocena situacije, ki je vodila do agresivnega vedenja in vedenjski ukrep (ki je odvisen od reaktivnosti samega incidenta). Po potrebi sledi odstranitev ali izogibanje sprožilcem agresivnega vedenja. Možni so tudi terapevtski pristopi postopnega približevanja sprožilcem v kontroliranem okolju.

Pri terapevtskem delu je zelo pomembno spremljanje ciljnega vedenja (v tem primeru agresivno vedenje). Samo redno spremljanje nam daje povratne informacije o uspešnosti različnih ukrepov. V ta namen smo oblikovali Poročilo o incidentu (Merc, 2009b), ki nam pomaga pri spremljanju sprememb pri vedenju posameznega uporabnika.



Opombe: VA1 – verbalna agresivnost do uporabnika; VA2 – verbalna agresivnost usmerjena do zaposlenega; VA3 – verbalna agresivnost usmerjena do drugih; VA4 – verbalna agresivnost nedefinirano; FA1 – fizična agresivnost do sebe; FA2 – fizična agresivnost do drugega uporabnika; FA3 – fizična agresivnost do zaposlenega; FA4 – fizična agresivnost do drugih; FA5 – fizična agresivnost do stvari; SN1 – spolno nadlegovanje uporabnika; SN2 – spolno nadlegovanje zaposlenega; SN3 – spolno nadlegovanje drugega; N1 – neupoštevanje programa; N2 – neupoštevanje dogovora; NSV – neprimerno socialno vedenje.

Slika 1. Prikaz števila zapisov ciljnega vedenja v časovnem razponu 8 mesecev v letu 2008/2009

Slika 1 prikazuje zapise verbalne agresivnosti, fizične agresivnosti, spolnega nadlegovanja, neupoštevanje programa in dogovorov in drugega socialno neprimerne vedenja. Opazimo, da izstopata verbalna agresivnost do zaposlenega (žalitev, grožnje) in drugo neprimerno socialno vedenje. Opozoriti je potrebno tudi na prisotnost fizične agresivnosti.

Agresivno vedenje in vpliv na skupino

Do agresivnega vedenja običajno prihaja v situacijah, kjer so prisotni drugi ljudje (zaposleni, drugi uporabniki, družinski člani, prijatelji, itd.). Dogodek, kjer je prisotna agresivnost, vpliva na vse prisotne, tako da priključuje normalne občutke strahu, nevarnosti, lahko nam vzbudi tudi občutek jeze, ali pa enostavno zamrznemo. Dogodek lahko pusti tudi trajnejše posledice (travma). Ob agresivnem vedenju uporabnika, kjer so prisotni drugi uporabniki, se moramo zavedati, da tudi prisotni uporabniki po incidentu potrebujejo pomoč pri pomiritvi in predelavi negativne izkušnje. Po naših izkušnjah je pri osebah z možgansko poškodbo za pomiritev in predelavo travmatične izkušnje potrebno več časa ter ustrezna psihološka, psihiatrična in psihoterapevtska pomoč.

Avtogeni trening

Z avtogenim treningom se človek nauči, kako se lahko sprošča, kako enakomerno razporedi in troši svoje moči, nauči se premagovati psihične pritiske, ki ga pretresajo vsak dan in mu spodjedajo zdravje. Z avtogenim treningom se lahko oblaži razna obolenja, ki izvirajo iz motenih psihičnih stanj, na primer želodčne in črevesne težave, astmo, nesečnost, razna alergična obolenja, migreno. Avtogeni trening pa je lahko bistveni dejavnik pri premagovanju različnih zasvojenosti z drogami nikotinom in alkoholom (Lindemann, 1982).

Prej opisane težave lahko opazimo tudi pri osebah po pridobljeni možganski poškodbi. Sprostitev je nujno potrebna, zato v ta namen izvajamo tudi avtogeni trening, v prilagojeni obliki, tako da upoštevamo različne senzorične, motorične in kognitivne težave. Izkušnje so nam pokazale, da so za učinkovito sproščanje bolj primerne manjše skupine ali individualne obravnave. Kot bolj učinkoviti so se izkazali osnovni elementi avtogenega treninga kot so: (1) umirjen glas, (2) upočasnjem ritmu govora, (3) kratke pozitivne sugestije.

8. Pridobljena možganska poškodba kot podlaga za določene psihiatrične motnje

Kot posledica vseh sprememb, ki spremljajo osebo po možganski poškodbi, se lahko razvijejo tudi določene psihiatrične motnje. Med bolj pogostimi so:

- depresija
- obsesivno kompulzivna motnja
- zloraba alkohola in drugih substanc ali odvisnost od njih
- bipolarna motnja
- fobije
- panična motnja
- psihotične motnje

Psihiatrične motnje, ki nastanejo kot posledica možganske poškodbe, lahko spremljajo določene specifike. V nadaljevanju pogledimo nekatere značilnosti depresije pri osebah s pridobljeno možgansko poškodbo.

Je depresija pri osebah s pridobljeno možgansko poškodbo drugačna?

V splošni populaciji lahko pričakujemo, da 6 ljudi izmed 100 v času svojega življenja zbolijo za depresijo. Po možganski poškodbi se verjetnost, da oseba zbolijo za depresijo, izrazito poveča. Študije govorijo o 50% večji verjetnosti, da osebe z možgansko poškodbo zbolijo za depresijo. Depresija po pridobljeni možganski poškodbi ni samo težka in boleča čustvena izkušnja, pojavi se namreč sovplovanje depresije in omejitev, ki se običajno pojavijo ob možganski poškodbi. Poškodovani možgani imajo že sami veliko težav s predelavo običajnih socialnih in čustvenih signalov, ki jih prejemajo iz okolice in tudi tistih, ki nastajajo v človeku. K temu moramo še prišteti težave, ki nastanejo, zaradi izgube službe in prijateljev, slabših sposobnosti spominjanja in fizičnih težav. Takšne izgube lahko že same po sebi sprožijo depresijo tudi pri osebah brez možganske poškodbe. In prav izguba je glavna tema, ki preplavi osebo po možganski poškodbi. Občutek izgube pri večini nikoli ne izzveni popolnoma. Pojav depresije je tako lahko tudi znak, da se v osebi ponovno prebujata zavedanje samega sebe, drugih in sveta. Mnogi se posledic svoje poškodbe pričnejo zavedati šele leta po poškodbi, tako se tudi depresija pojavi ali poglobi

kasneje. Zavedanje pa je tudi tisto, kar je osebi potrebno, da uspešno premaga omejitve poškodbe in bolezen kot je depresija.

Raziskave kažejo, da po-poškodbeno depresija vpliva na to, da je rehabilitacija osebe z možgansko poškodbo slabša, da oseba zmanjša dnevne aktivnosti, da se pomnožijo izkušnje neuspeha, da se poveča stres v njihovem življenju, da osebe postanejo brezposelne, da se razvežejo s partnerjem, da zmanjšajo socialne stike z drugimi, da postanejo breme svojcem in bližnjim, da se povečajo težave na področju spolnosti in da še dodatno upade zadovoljstvo z življenjem. Bolj pogosto se pojavijo tudi misli in fantazije o samomoru. Vsi naštetih dejavniki pa kot v začaranem krogu vplivajo na poglobljanje depresije.

Najpogostejši obliki zdravljenja depresije sta psihoterapija (pogovorna terapija) in farmakoterapija (zdravljenje z zdravili). Običajno se uporabljata v kombinaciji, možno pa je, da se odločimo samo za en ali drug način pomoči, odvisno od težavnosti, ki jih oseba izkusi. Za zdravljenje z zdravili je potrebno sodelovanje s psihiatrom, ki nudi potrebna znanja pri zdravljenju.

9. Kaj se ne spremeni po pridobljeni možganski poškodbi?

Medtem doživljajo osebe pop možganski poškodbi spremembe na področju gibanja, čutenja, komunikacijskih sposobnosti, kognicije, lastnega vedenja, psihosocialnega področja, pa ostanejo njihove relacijske potrebe razmeroma nespremenjene.

Relacijske potrebe so prisotne v vsakem našem odnosu (Erskine, Moursund, in Trautmann, 1999). So komponenta univerzalne želje po intimnih odnosih. Gre za tisto, kar želimo in potrebujemo od druge osebe, ko smo z njo v odnosu. Osnovne relacijske potrebe so: potreba po (1) *varnosti*, (2) *vrednotenju (validaciji, potrditvi)*, (3) *sprejemanju od stabilne, zanesljive in zaščitniške druge osebe*, (4) *vzajemnosti (po potrditvi in deljenju osebne izkušnje)*, (5) *samo-definiciji*, (6) *imeti vpliv na drugo osebo*, (7) *potreba po iniciativi druge osebe* in (8) *potreba izraziti ljubezen*.

Če relacijske potrebe niso zadovoljene postanejo bolj intenzivne, fenomenološko pa jih doživimo kot hrepenenje, praznina ali osamljenost. Kontinuirana odsotnost zadovoljitve teh potreb se lahko manifestira kot frustracija, agresija ali jeza (Erskin in dr., 1999).

Zadovoljitev relacijskih potreb zahteva kontaktno prisotnost druge osebe, ki je na te potrebe občutljiva in ki zagotovi recipročni odgovor na to potrebo. V terapevtskem odnosu je treba biti posebno pozoren na te potrebe in je treba ustrezno odgovoriti nanje.

Tudi pri osebah po možganski poškodbi je možen ustrezen odziv na relacijske potrebe. Pri tem je potrebno vključiti vse znanje o samem pristopu pri delu z ljudmi z možgansko poškodbo (upoštevanje kognitivnih motenj, motenj v komunikaciji, znižana frustracijska toleranca itd.). Zato je potrebno, da je terapevtski pristop toliko bolj senzibilen, potrebna je večja mera repetitije (tako povedanega, kot doživetega) ter jasnost in preprostost v sami komunikaciji.

10. Sposobnosti, vrednote in osebnostne lastnosti zaposlenih pri delu z osebami z možgansko poškodbo

V okviru mednarodnega projekta ABI smo v letu 2009 z uporabniki Zavoda Zarja izpeljali fokusne skupine na temo: »Kakšne lastnosti potrebuje zaposleni na področju dolgotrajne rehabilitacije oseb po pridobljeni možganski poškodbi«. V treh skupinah je sodelovalo devet uporabnikov. Skupine so bile enotne v določenih lastnostih, ki jih potrebuje zaposleni na področju dolgotrajne rehabilitacije oseb po pridobljeni možganski poškodbi. Uporabnikom je pomembno, da je oseba: (1) *potrpežljiva*, (2) *dostopna*, (3) *prijazna*, (4) *zgovorna*, (5) *razumevajoča* in (6) *vredna zaupanja* (Merc, 2009a).

Številne raziskave na področju moderne psihoterapije govorijo o tem, da se terapevtske spremembe pojavijo v kontekstu terapevtskega odnosa, ki je običajno definiran kot odnos, v katerem se oseba počuti dovolj varno, da lahko zdrži frustracije na poti do boljšega počutja in razrešitve travme (Arnkoff, 1995; MacKenzie, 1998; Muran, 1993; Newman, 1998; Safran, 1998; Wolfe in Goldfried, 1988). Za facilitacijo takšnega procesa je potrebno, da tudi psihoterapevt združuje nekatere osebnostne lastnosti. Josić (v Klein, 1996) tako navaja naslednje osebnostne lastnosti, ki jih potrebuje psihoterapevt v individualnih in skupinskih obravnava: (1) dober model za identifikacijo, (2) dobra intuicija, (3) empatija, (4) ne bi smel biti narcisističen, (5) dobra sposobnost kontejniranja, (6) visoka frustracijska toleranca in (7) izkrenost.

Primerjava lastnosti, ki so jih našli uporabniki Zavoda Zarja in lastnosti navedene v eni izmed psihoterapevtskih knjig, kaže na skupne stične točke.

10. Terapevtska skupina

Človek je socialno bitje, ki za svoje preživetje potrebuje druge. Človeški razvoj vedno poteka v okviru socialnih skupin. Skupina je torej osnoven resurs normalnega življenja in torej tudi potreben element uspešne psihosocialne rehabilitacije. V znanstveni literaturi so dokumentirani pozitivni učinski skupine na zdravje posameznikov z različnimi zdravstvenimi težavami (Foulkes, 1964).

Ker je ena izmed možnih posledic možganske poškodbe tudi socialna izoliranost, je smiselno, da se osebe po možganski poškodbi vključijo v primerne skupine, ki omogočajo psihosocialno rehabilitacijo. Skupine, kjer člani delijo podobne izkušnje, so edinstven vir zadovoljevanja prej omenjenih relacijskih potreb. Tudi tukaj je potrebno biti pozoren na posledice možganske poškodbe, ki otežijo pristen stik med člani skupine. Naloga terapevta (v našem primeru psihologa ali psihiatra) je tako okrepiti pozitivne odzive skupine in zmanjšati reaktivnost negativnih odzivov v skupini. Pri tem težko govorimo o psihoterapevtskih skupinah (prej o suportivnih skupinah, kjer se krepi uporaba socialnih veščin), so pa psihoterapevtski pristopi po naših izkušnjah zelo koristni. Iz vidika terapevta sta v ospredju predvsem suport in kontejniranje.

Predelava traumatične izkušnje v kontekstu suportivnih drugih ustvarja nevrobiološke pogoje ponovne vzpostavitve nevronske koherence. Gre za soustvarjanje pripovedi, ki vspodbujajo kognitivno, afektivno, zaznavno in vedenjsko integracijo (Cosolino, 2002). Tako je naloga terapevta tudi ta, da mobilizira prisotne suportivne sposobnosti, ki jih premorejo posamezni člani v skupini.

LITERATURA

Arnkoff, D. (1995). Two examples of strains in the therapeutic alliance in an integrative cognitive therapy. *In Session: Psychotherapy in Practice*, 1, 33-46.

Bell, M. D., in Ryan, E. R. (1984). Integrating psychosocial rehabilitation into the hospital psychiatric service. *Hospital and Community Psychiatry*, 35, 1017-1022.; Dincin, J., & Witheridge, T. F. (1982). Psychiatric rehabilitation as a deterrent to recidivism. *Hospital and Community Psychiatry*, 33, 645-650.

Chamberlin J. (1987). *On Our Own: Patient-Controlled Alternatives to the Mental Health System*. New York, NY: Hawthorne

- Cosolino, L. (2002). *The neuroscience of psychotherapy: building and rebuilding the human brain*. W. W. Norton & Company: New York – London.
- Erskine, R. G., Moursund, J. P., Trautmann, L. R. (1999). *Beyond Empathy – A Therapy of Contact in relationship*. Brunner/Mazel.
- Foulkes, S. H. (1964). *Therapeutic group analysis*. George Allen & Unwin Ltd., London.
- Klein, E. et al (1996). *Grupna analiza (grupna analitička psihoterapija)*. Medicinska naklada: Zagreb
- Lindemann, H. (1982). *Avtogeni trening: sprostitvev v stiski*. Cankarjeva založba, Ljubljana
- MacKenzie, K. R. (1998). The alliance in time-limited group psychotherapy. V J. D. Safran in J. C. Muran (eds.), *The therapeutic alliance in brief psychotherapy* (pp. 193-216). Washington, DC: American Psychological Association Books.
- Merc, R. (2009a). *Kakšne lastnosti potrebuje zaposleni na področju dolgotrajne rehabilitacije oseb po pridobljeni možganski poškodbi: analiza fokusnih skupin*. Neobjavljeno gradivo.
- Merc, R. (2009b). *Poročilo o incidentu: analiza rezultatov in uporabe poročila*. Neobjavljeno gradivo.
- Muran, J. C. (1993). The self in the cognitive behavioral research: An interpersonal perspective. *Behaviour Therapist*, 16, 69-73.
- Newman, C. (1998). The therapeutic relationship and alliance in short-term cognitive therapy. V J. D. Safran in J. C. Muran (eds.), *The therapeutic alliance in brief psychotherapy* (pp. 95-122). Washington, DC: American Psychological Association Books.
- Olver, J. H., Ponsford, J. L., in Curran, C. A. (1996). Outcome following traumatic brain injury: A comparison between 2 and 5 years after injury. *Brain Injury*, 10(11), 841–848.
- Ponsford, J. L., Olver, J. L., in Curran, C. (1995). A profile of outcome: 2 years after traumatic brain injury. *Brain Injury*, 9(1), 1–10.
- Ponsford J. L., Olver J. H., Curran C., in Ng K. (1995) 'Prediction of employment status two years after traumatic brain injury' *Brain Injury*, 9, 11–20
- Ponsford J., Sloan S., in Snow P. (1995) *Traumatic Brain Injury. Rehabilitation for Everyday Adaptive Living Hillsdale, USA: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers*.
- Safran, J. D., in Muran, J. C., eds. (1998). *The therapeutic alliance in brief psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association Books.
- Simpson G.K. in Tate R.L. 'Suicidality after traumatic brain correlates' *Psychological Medicine* 2002; 32: 687–697
- Tate, R. L., Broe, G. A., in Lulham, J. M. (1989). Impairment after severe blunt head injury: of a consecutive series of 100 patients. *Acta Neurologica Scandinavica*, 79, 97–100.

Tate, R. L., Fenelon, B., Manning, M. L., in Hunter, M. (1991). Patterns of neuropsychological impairment after severe blunt head injury. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 117–126.

Wolfe, B. E. in Goldfried, M. R. (1988). Research on psychotherapy integration: Recommendations and conclusions from an NIMH workshop. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 448-451.

World Health Organization. (1997). Psychosocial rehabilitation: A consensus statement. *International Journal of Mental Health*, 26, 77–85.