

PSIHOLOŠKI DEJAVNIKI V POKLICNI REHABILITACIJI OSEB PO NEZGODNI MOŽGANSKI POŠKODBI

PSYCHOLOGICAL FACTORS IN VOCATIONAL REHABILITATION FOLLOWING TRAUMATIC BRAIN INJURY

mag. Zlatka Jakopec, spec. klin. psih.

Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije - Soča, Center za poklicno rehabilitacijo, Maribor

Izvleček

Zaposlitveni izid oseb po nezgodni možganski poškodbi je rezultat vsestranskega medsebojnega vpliva med nevrološkimi dejavniki, dejavniki okolja, socialnimi okoliščinami, osebnostnimi značilnostmi in posameznikovimi psihološkimi reakcijami na vse naštetu. Prav toliko kot objektivna teža poškodbe in stopnja nevrološke okvare je pomembna tudi subjektivna, psihološka teža poškodbe oziroma njen vpliv na posameznika, upoštevajoč osebnost, prilagoditvene sposobnosti, samopodobo, oceno lastnih zmožnosti ter čustveno odzivanje na spremenjene zmožnosti in perspektive. V članku so predstavljeni nekateri psihološki dejavniki, ki pomembno vplivajo na zaposlitveni izid osebe po poškodbi in jim je treba nameniti ustrezno pozornost v programih poklicne rehabilitacije. Predstavljene so osnovne smernice psihološke obravnave in poklicne rehabilitacije oseb po nezgodni možganski poškodbi, ki se po izkušnjah iz tujine kažejo kot učinkovite in bi jih bilo treba razvijati tudi v Sloveniji.

Ključne besede:

nezgodna možganska poškodba, kognitivne spremembe, psihološki dejavniki, zaposlitveni izid, poklicna rehabilitacija

Abstract

Employment outcome following traumatic brain injury is the result of a complex interaction between injury factors, social and environmental circumstances, pre-morbid personality and the individual's psychological reactions to all of the above. Beside injury severity and post-injury impairments, another important factor is the subjective, psychological impact of the injury to each individual in relation to his/her personality, adjustment abilities and coping strategies, self-appraisal and the emotional reactions to the decrease of abilities and perspectives. The paper describes some psychological factors that moderate return-to-work outcome following traumatic brain injury and therefore require appropriate attention in vocational rehabilitation programs. Basic guidelines for psychological treatment and vocational rehabilitation following traumatic brain injury are presented that appear to be effective in other countries and should therefore be developed in Slovenia.

Key words:

traumatic brain injury, cognitive impairments, psychological factors, employment outcome, vocational rehabilitation

UVOD

Nezgodne možganske poškodbe (NMP) veljajo za eno izmed najbolj zapletenih prizadetosti, s katerimi se srečujemo v poklicni rehabilitaciji. Ob poškodbi možganov so lahko prizadeta skoraj vsa področja funkcioniranja, pri čemer so prav duševne spremembe tiste, ki so običajno največja

ovira za posameznikovo uspešno vrnitev v prejšnje delovno, družinsko ali širše socialno okolje.

Longitudinalne študije o posledicah poškodb na psihosocialni vidik življenja posameznika kažejo na pogostost trajnih negativnih posledic na številnih področjih njegovega psihosocialnega delovanja, vključujoč medosebne odnose, družinsko življenje, socialno vključenost, vračanje v zaposlitev ali šolanje. V literaturi je mogoče najti zelo raznolike

podatke o deležih uspešnih vrnitev na delo, ki segajo od 20–90 %, pri čemer so razlike pogojene tudi z neenotno metodologijo študij, s kriteriji ocenjevanja teže poškodbe, z definicijami uspešne vrnitve na delo in različno dolgem obdobju spremljanja. Vendar pa rezultati kažejo, da so zaposlitveni izidi boljši, če so ti posamezniki vključeni v celovite in specializirane programe poklicne rehabilitacije (1, 2).

DEJAVNIKI, KI VPLIVAJO NA VRNITEV NA DELO PO MOŽGANSKI POŠKODBI

Teža poškodbe

Pokazatelji teže poškodbe so med najpogosteje preučevanimi napovednimi dejavniki. Vendar se pojavljajo velike razlike v napovedni vrednosti različnih ocen teže poškodbe, kljub nedvomnemu dejstvu, da imajo težje poškodovani slabšo zaposlitveno prognozo.

Teža posameznikove poškodbe je značilno povezana s stopnjo njegove funkcionalne oviranosti na področju zaposlitve, sposobnosti samostojnega in neodvisnega življenja, izvajanja dnevnih aktivnosti in socialnega vedenja. Vendar pogosto tudi lažje poškodbe, ki vztrajajo tudi v poznem obdobju po poškodbi, osebam povzročajo pomembne težave tako v obliki povečane stopnje depresivnosti, pritožb o težavah na telesnem področju ter pri vračanju na delo. (3).

V študiji, ki je vključevala osebe z lažjimi, zmernimi in težkimi NMP, avtorji ugotavljajo, da ocena teže poškodbe po Glasgowski lestvici kome (Glasgow Coma Scale - GCS) ni značilno povezana z zaposlitvenim statusom posameznika 4 leta po poškodbi. Med različnimi kognitivnimi, psihološkimi, telesnimi dejavniki in ocenami teže poškodbe so bili predvsem psihološki dejavniki (npr. učinkovitost strategij spoprijemanja, samoocena bolečine in prisotnost depresije) tisti, ki so bili značilno povezani z zaposlitvenim statusom. Na osnovi teh dejstev so se značilno razlikovale skupine zaposlenih in tistih, ki se po poškodbi niso vrnili na delo (4).

Nevrokognitivne spremembe

Za kognitivne dejavnike velja, da kognitivne motnje pri posamezniku močno vplivajo na njegovo vrnitev na delo, njegovo sposobnost za neodvisno življenje in socialno vedenje, vendar je treba natančno razlikovati med različnimi kognitivnimi dejavniki, ki imajo z vidika sposobnosti posameznika za opravljanje posamezne vrste dela zelo različno težo. Splošno sprejeta ugotovitev je, da so največja ovira za uspešno vrnitev na delo težave na področju izvršilnih sposobnosti. Tako avtorji ugotavljajo, da splošna raven kognitivnih sposobnosti, merjena v zgodnjem obdobju po NMP, ne ločuje posameznikov glede na zaposlitveni izid eno leto po poškodbi, pač pa je velika značilna poveza-

nost s posameznikovimi težavami na področju izvršilnih sposobnosti, mentalne prožnosti in miselnega procesiranja (5). Te motnje pogosto ostajajo trajna posledica NMP in to navkljub morebitnemu siceršnjemu dobremu nevrološkemu okrevanju. Zato je ohranjenost posameznikovih izvršilnih sposobnosti značilno povezana z najpomembnejšimi vidiki rehabilitacijskih oziroma življenjskih izidov, kot so zaposlitev in socialna neodvisnost in to tudi v poznem obdobju več let po poškodbi (6).

Izvršilne sposobnosti pomenijo splošno uporabljani izraz za skupino vedenjskih kompetenc, ki vključujejo oblikovanje ciljev, hotenje, načrtovanje, koordinacijo sočasnih aktivnosti, vzdrževanje pozornosti, uporabo informacij iz okolja, kognitivno prožnost in sposobnost obvladati novosti. Izvršilne sposobnosti so tiste sposobnosti posameznika, ki mu omogočajo doseganje uspeha pri neodvisnem, ciljnim in zanj koristnem vedenju. Kognitivni primanjkljaj običajno vključuje izgubo specifičnih zmožnosti, motnje na področju izvršilnih sposobnosti pa se odražajo veliko bolj celostno in pogosto prizadenejo vsa področja posameznikovega vedenja. Vsekakor pa izvršilne disfunkcije, zaradi okrnjene strategije pristopanja, načrtovanja in izvajanja kognitivnih nalog ali zaradi pomanjkljivega nadziranja, upoštevanja informacij iz okolja ter prilagajanja izvedbe, tudi neposredno prizadenejo različne vidike kognitivnega delovanja posameznika.

Zaradi težav, ki jih imajo osebe z NMP pri začetenju aktivnosti, jih pogosto ne ocenijo pravilno, temveč jih ocenjujejo kot nemotivirane in lene. Ker imajo težave s presojanjem, kdaj so njihovi rutinski, prej naučeni postopki nezadovoljivi, ker ne zmorejo dovolj uspešno analizirati okoliščin in se prilagajati spremembam v okolju, jim nove, nestrukturirane in spremenjene okoliščine povzročajo posebne težave. Prav tako je motena tudi sposobnost generalizacije oziroma prenosa informacij ali naučenih veščin v druge aktivnosti in okoliščine.

Kadar so kognitivne težave močno izražene, so običajno tudi jasno prepoznane. V mnogih primerih pa se izrazijo v blažjih oblikah in jih zato pogosto tudi spregledajo, še posebej v primerih lažjih poškodb ali če ni drugih očitnih motenj. To je pogosto predvsem pri osebah, ki sicer na preizkusih inteligentnosti in osnovnih kognitivnih funkcij dosegajo ustrezne rezultate, vendar pa v vsakodnevnem življenju, zaradi okrnjenih izvršilnih sposobnosti, funkcionirajo veliko slabše kot pa bi pričakovali (6, 7).

Številne raziskave so pokazale, da je izvršilne sposobnosti težko meriti in veljajo za najtežavnejše področje nevro-psihološkega ocenjevanja (8). Študije ne dajejo enoznačnih ugotovitev napovedanih vrednosti različnih nevro-psiholoških preizkusov, kar kaže na vprašljivo ekološko veljavnost tovrstnih testov, ki jih izvajajo v »umetnih situacijah«, v okolju brez motečih dejavnikov in z visoko stopnjo zunanje strukture. Zaradi tega njihovih rezultatov ni mogoče preprosto posplošiti v običajno, veliko manj strukturirano,

veliko bolj nepredvidljivo in kompleksno stvarno življenjsko okolje.

Za ocenjevanje izvršilnih sposobnosti so pomembni naslednji kriteriji:

- zahteve nalog ne smejo biti rutinske, naloge morajo biti neznane oziroma takšne, da od posameznika zahtevajo sprejemanje odločitev v novih okoliščinah,
- naloge morajo biti kompleksne ali nestrukturirane,
- naloge, ki so bližje običajnim življenjskim okoliščinam so najprimernejše in imajo tudi največjo ekološko veljavnost.

Nekatere študije kažejo, da v primerjavi s celo baterijo nevropsiholoških "frontalnih testov" dosegajo najvišjo ekološko veljavnost postopki situacijskega ocenjevanja v neposredni delovni ali življenjski situaciji (9, 10).

Za zanesljivejšo oceno duševnih sprememb in učinkovito načrtovanje rehabilitacijskih ukrepov je zato nujno potrebno poglobljeno psihodiagnostično ocenjevanje z uporabo nevropsiholoških preizkusov, natančna anamneza in heteroanamneza ter kvalitativno ocenjevanje vedenja v različnih delovnih okoliščinah in vsakodnevnem življenju.

Spremembe osebnosti, čustvovanja in vedenja

Vplivi možganske poškodbe na sposobnost vzpostavljanja in vzdrževanja odnosov, samozavedanje, samokontrolo ter doživljanje, izražanje in obvladovanje čustvenih reakcij, se lahko pokažejo kot trajna sprememba osebnostne psihodinamike. Te spremembe posamezniki v času po poškodbi (ob izboljšanjem samozavedanju in soočanju s številnimi izgubami in težavami v življenju po poškodbi) pogosto doživljajo celo še bolj negativno in vodijo v močno prizadeto psihološko funkcioniranje.

Vedenje oseb po NMP je pogosto označeno s težavami, kot so nestabilnost, nizka frustracijska toleranca in pomanjkanje nadzora, kar se kaže v razdražljivosti, neprimernem vedenju, impulzivnosti in/ali pretirani togosti ter zmanjšanih sposobnostih za reševanje težav. Preučevanja bolnikov s frontalnimi okvarami kažejo na prisotnost raznolikih skupin vedenjskih težav, osebnostnih odstopanj in funkcionalnih težav, zato nikakor ne moremo govoriti o eni klinični sliki. Burgess in sodelavci (11) priporočajo delitev na ravni vedenja na različne podtipе odstopanj, ki so pogojena z različnimi komponentami:

- inhibicija: motnje v vedenju so posledica težav z inhibicijo reakcij;
- intencionalnost: moten je uvid, prepoznavanje in doživljanje potreb, ciljev in namenov ter iniciiranje in vzdrževanje k cilju usmerjenega vedenja;
- eksekutivni spomin: vedenje, ki je pogojeno z motnjami spominskih procesov - eksekutivnih strategij, ki so

vkjučene v koordinacijo, elaboracijo in interpretacijo spominskih asociacij;

- pozitivni afekt: emocionalne in osebnostne spremembe kot so agresija, razdražljivost, pretirana čustvena vzdražljivost, evforija;
- negativni afekt: emocionalne in osebnostne spremembe, ki vključujejo plitvost čustvovanja, znižano čustveno odzivnost, iniciativnost in apatijo.

Pogosta težava je tudi pomanjkanje uvida v spremembe po poškodbi, zaradi česar ti posamezniki pogosto ne prepoznajo in ne poročajo o težavah, kar omejuje možnosti za njihovo optimalno sodelovanje v rehabilitaciji in uspešno vrnitev na delo (12).

V nasprotju s siceršnjim okrevanjem na kognitivnem področju se osebnostne spremembe pogosto kažejo kot trajna sprememba, čustvene težave pa se sorazmerno s postopno izboljšanim uvidom v posledice poškodbe sčasoma po poškodbi celo stopnjujejo (13). Čustvene težave po poškodbi imajo izrazito negativen vpliv na možnost za uspešno vrnitev na delo. Po nekaterih študijah depresija in tesnoba v kasnejšem obdobju po poškodbi pojasnjujejo večji delež variance v zaposlitvenem izidu kot pa teža poškodbe in različne socialno-demografske spremenljivke (starost, spol, izobrazba, zaposlitev pred poškodbo) (14, 4).

Čustvena prilagoditev na posledice poškodbe

Proces čustvene prilagoditve posameznika na v življenju pridobljeno zmanjšano zmožnost, je bil zgodovinsko pogosto pojmovan kot zaporedje faz, podobnih fazam žalovanja pri izgubi pomembnih oseb. Model predvideva začetno fazo šoka in zanikanja, ki ji sledi obdobje stresa in žalovanja in se zaključi s posameznikovim sprejemanjem situacije. Četudi klinična opažanja podpirajo splošni trend postopnega sprejemanja zmanjšane zmožnosti, ima ta model številne omejitve za proces rehabilitacije. Po Kendalovi (15) pojmovanje procesa čustvenega prilagajanja kot togega zaporedja neizogibnih faz vsiljuje pasivnost tako posamezniku z zmanjšanimi zmožnosti kot rehabilitacijskim delavcem. Takšno pojmovanje lahko povzroči, da psihosocialne obravnave ne bo, dokler čakamo na naravno napredovanje po fazah žalovanja ob izgubi. Sociološke kritike tega modela opozarjajo tudi na dejstvo, da so takšna pojmovanja neke vrste socialni pritisk, saj ljudem z zmanjšano zmožnostjo omejuje izbiro in jim ne omogoča toliko osebnega nadzora kot zdravim posameznikom. Po tem modelu namreč čustveno prilagajanje pojmujejo kot neizogiben proces socializacije v vlogo in status »invalidne« osebe. Dejstvo je namreč, da številni posamezniki verjamejo, da se nikoli ne bodo »privadili« na svojo invalidnost, saj bi to pomenilo, da so se vdali v usodo in sprejeli svojo stanje kot dokončno (15).

Osebnostni dejavniki

Med najpomembnejšimi osebnostnimi dejavniki, ki vplivajo na posameznikov odziv na stresne dogodke, so samopodoba, ocena lastnih zmožnosti in vir nadzora. Posamezniki s trdno in pozitivno samopodobo ter notranjim pozitivnim občutkom nadzora nad lastnim življenjem običajno kažejo uspešnejše odzive in prilagoditev na stresne dogodke kot posamezniki z nizko samopodobo in zunanjim virom nadzora.

Stopnja čustvenih težav med posamezniki z NMP je močno povezana s stališči o pomanjkanju nadzora nad lastnim položajem. Študija vira nadzora med osebami z NMP v primerjavi z običajno populacijo kaže pomembno nižji notranji vir nadzora v skupini oseb z NMP in nakazuje razlago dogodkov kot posledico delovanja drugih oseb ali naključja (17). Notranji vir nadzora je definiran kot prepričanje posameznika, da lahko sam s svojo dejavnostjo učinkovito spreminja rezultate situacije. Študije navajajo povezanost notranjega vira nadzora z uspešnejšo prilagoditvijo na zmanjšano zmožnost, medtem ko nizek notranji vir nadzora povezujejo s slabšimi psihosocialnimi izidi in manjšim deležem uspešnih vrnitev na delo (17, 18).

Moore in Stambrook (16) menita, da dejavniki, kot so strategije spoprijemanja, vir nadzora in atribucijski stil pojasnjujejo odnos med neposrednimi posledicami NMP in izidom, kot se pokaže v realnem življenju. Ob soočanju z realnimi težavami, ovirami in neuspehi, ki so neposredna posledica poškodbe, namreč lahko pride tudi do povratnih negativnih učinkov na posameznikov sistem prepričanj, pričakovanj in stališč o samem sebi, prevlade zunanjega vira nadzora in negativnega atribucijskega stila. Ob tem se razvijejo negativne čustvene reakcije, posameznik izbira manj učinkovite, emocionalne ali umikajoče se strategije spoprijemanja, kar še dodatno znižuje njegovo življenjsko učinkovitost, utrjuje negativna prepričanja o sebi in vzpostavi se negativna spirala, ki vodi v postopno poglobljanje težav in upad funkcioniranja.

Posameznikova samopodoba, kakršna je po poškodbi, močno vpliva na oceno kakovosti njegovega življenja po poškodbi, saj študije ugotavljajo pomembno višjo korelacijo med oceno kakovosti življenja posameznika po poškodbi in različnimi področji samopodobe, kot pa z neposredno težo poškodbe. Osebnostni dejavniki, predvsem samospoštovanje, imajo visoko napovedno vrednost za različne vidike psihosocialnega izida, kot so vključitev v okolje, zaposlitev, kakovost življenja, zadovoljstvo in čustveno dobro počutje (19, 20).

Samopodobo lahko opredelimo kot zbirko predstav, ki se nanašajo na prepričanja posameznika o njegovem funkcioniranju v različnih življenjskih okoliščinah (19). Samopodoba je pomemben dejavnik vedenja, saj je podlaga za izbiro ciljev, ki si jih posameznik zastavlja ter zagotavlja motivacijo za njihovo doseganje. To velja tudi za cilje, ki si jih posameznik postavlja za vrnitev v produktivno življe-

nje. Negativna prepričanja o lastnih zmožnostih in manj učinkovite strategije spoprijemanja lahko močno vplivajo na posameznikovo sodelovanje v poklicni rehabilitaciji, saj si cilje v dani situaciji izbira v skladu z lastno samopodobo oziroma glede na prepričanja o lastnih zmožnostih in vrednotah na določenem področju.

Samoocena lastnih zmožnosti

Medtem ko se številne študije ukvarjajo z uvidom, pomanjkljivim samozavedanjem in znižano samooceno težav, ki je pogost pojav pri osebah s težjimi NMP, se pri določenem deležu poškodovanih pojavlja tudi stopnjevano doživljanje in ocenjevanje popoškodbenih sprememb. Največkrat ta pojav skušajo pojasnjevati z različnimi psihološkimi reaktivnimi dejavniki, predpoškodbeno osebnostjo, čustvenim stresom, pa vse do posameznikovega pretvarjanja in hlinjenja. O verjetnosti hlinjenja težav oseb po NMP Key in Lezakova (21) menita, da se zavestno potvarjanje težav, da bi od tega le-te imele koristi, pojavlja izjemoma, da pa gre pogosto za stanje »naučene nemoči«. Številni poškodovani se po poškodbi navadijo, da drugi delajo stvari namesto njih in razvijejo izrazito odvisnost od drugih, prepričani so, da so nezmožni ter jih je zelo težko pripraviti do ponovnega prevzemanja samostojne aktivnosti.

Stopnjevano ocenjevanje popoškodbenih težav pogosto opažajo zlasti med osebami z lažjimi NMP. Številne študije kažejo, da navkljub pričakovanjem, da naj bi posamezniki po blagi NMP v nekaj mesecih dosegli popolno okrevanje, ima pomembnem delež oseb težave še mesece in leta po poškodbi (3, 22). V nasprotju s težje poškodovanimi, pri katerih gre pogosto za pomanjkljivi uvid v njihove težave, lahko lažje poškodovani kažejo stopnjevano pozornost in občutljivost za izgubo ali zmanjšanje prejšnjih zmožnosti. To stopnjevano zavedanje lahko povzroča pomemben psihološki distres. Kljub morebitni poškodbi možganov pri teh osebah objektivne nevrološke preiskave ne ugotavljajo odstopanj, osebe nimajo vidnih posledic poškodbe in navzven delujejo »normalno«, zaradi česar tudi ljudje, ki jih obdajajo, njihove težave zanikajo in od njih pričakujejo, da bodo funkcionirali kot pred poškodbo. To lahko še okrepi posameznikovo preobčutljivost in preobremenjenost z lastnimi težavami, saj odzivi v okolju delujejo kot razvrednotenje posameznikovega doživljanja in samoocene.

Kot enega izmed možnih dejavnikov, ki lahko vpliva na stopnjevano doživljanje težav, opisujejo pristranskost oziroma mehanizem napačnega pripisovanja vzroka težav. Gre za tendenco, da oseba vse težave in napake, ki jih opaža, pripisuje poškodbi glave, čeprav objektivni preizkusi ne kažejo na okvare in motnje kognitivnih funkcij. To seveda zahteva, da se posameznik zaveda svojega kognitivnega funkcioniranja. Ker je verjetno, da so osebe s težkimi NMP manj zmožne razmišljati o lastnem kognitivnem delovanju, gre pri njih za pristranskost, ker so prepričani, da nimajo kognitivnih

težav. Nasprotno pa posamezniki z lažjimi NMP postanejo preobčutljivi na svoje kognitivne težave in vse svoje težave pripisujejo možganski poškodbi. Kervick (23) ponuja zanimivo domnevo, da verjetno nekje na določeni stopnji poškodbe pride do premika od stopnjevanega doživljanja težav do zanikanja težav. V študiji odnosa med samooceno kognitivnih funkcij in psihosocialnim izidom po NMP avtorji med težje poškodovanimi ugotavljajo veliko nižjo oceno lastnih težav v primerjavi z oceno, ki so jo podali svojci, medtem ko je med lažje poškodovanimi ravno obratno. Tudi druge študije ugotavljajo jasno povezanost med zaposlitvenimi izidi in realnostjo samoocene, ki jo definirajo kot razliko med oceno posameznika in oceno rehabilitacijskega osebja – čim večje so razlike med tem, kako svoje zmožnosti ocenjuje posameznik in tem, kako ga ocenjujejo drugi, tem slabši so zaposlitveni izidi (24).

Po natančnosti samoocene ali nivoju samozavedanja popoškodbenih težav lahko razlikujemo tri skupine: osebe z znižanim uvidom, ki v primerjavi z oceno drugih precenjujejo svoje sposobnosti, osebe z natančno samooceno in osebe z zvišanim ocenjevanjem težav, ki v primerjavi z oceno drugih podcenjujejo svoje sposobnosti (25).

Avtorji v raziskavi, ki je vključevala 166 oseb z lahkimi, zmernimi in težkimi NMP, ugotavljajo, da lažje poškodovani ocenjujejo svoje zmožnosti celo nižje kot osebe z zmernimi in težkimi poškodbami, navajajo najvišje ocene izraženosti kognitivnih težav po poškodbi in največjo stopnjo čustvenih težav. Med samooceno izraženosti kognitivnih težav in stopnjo čustvenih težav ugotavljajo pomembno statistično značilno povezanost, ne pa tudi s težo poškodbe. Avtorji zaključujejo, da so z vidika popoškodbene samoocene dejavniki teže poškodbe manj pomembni kot čustvena prilagoditev in da so med posamezniki večje razlike v tem, kako se odzivajo na podobne težave, kot pa v samih težavah. Avtorji menijo, da je verjetno, da se tisti posamezniki, ki se vrnejo na delo in dosežejo višjo raven samostojnosti, predvsem bolje prilagodijo in nadomestijo s poškodbo pogojene spremembe in omejitve (26).

Med možnimi psihološkimi dejavniki, ki lahko pogojujejo stopnjevano doživljanje težav in slabše psihosocialne izide po NMP, navajajo depresijo. Rezultati številnih študij kažejo, da so simptomi različnih prilagoditvenih in čustvenih motenj, zlasti depresije, po NMP zelo pogosti, pri čemer ta trend ugotavljajo tudi v primerih lažjih poškodb (27, 22). Depresijo običajno povezujejo z znižanim samovrednotenjem, pesimističnim ocenjevanjem lastnih zmožnosti, perspektiv in podpore v okolju, posledica je, da se posameznik izogiba okoliščinam in dejavnostim, ki jih glede na znižano samovrednotenje ocenjuje kot prezahtevne in ogrožajoče, ker bi lahko doživel neuspeh. To vodi v nadaljnjo nedejavnost, manjšo aktivnost in socialno vključenost ter slabše funkcioniranje.

Zato je za uspešno poklicno rehabilitacijo zelo pomembna obravnava čustvenih dejavnikov in psihološkega odzivanja

na posledice poškodbe. Obravnava mora biti usmerjena v razvijanje učinkovitejših strategij spoprijemanja, občutka nadzora nad lastnim položajem, izboljševanje samopodobe, samozavedanja, stvarne ocene lastnih zmožnosti in omejitev in s tem v oblikovanje ustreznih zaposlitvenih ciljev in motivacije. Nekateri podatki in klinične izkušnje namreč kažejo, da je to, kako kdo ocenjuje svoje zmožnosti, veliko bolj statistično značilno povezano z zaposlitvenim izidom, kot objektivna ocena teže poškodbe, izražena z oceno GCS (28).

ZNAČILNOSTI PSIHOLOŠKE OBRAVNAVE OSEB PO MOŽGANSKI POŠKODBI

Oblike psihološke pomoči so največkrat sestavljene iz psihodiagnostike, edukacijskih, psihosocialnih, kognitivnih strategij ter suportivnih in psihodinamsko usmerjenih terapevtskih pristopov. Vsekakor pa so, tudi v primeru izrazito »vedenjskih« pristopov, za uspešen potek terapije nadvse pomembni odnos, kakovost delovne zveze in realnost pričakovanj vseh, ki so vključeni v terapevtski proces.

Psihološka obravnava oseb po NMP je v veliki meri usmerjena v izboljšanje ravni posameznikovega samozavedanja, sprejemanja in realizma. V začetku vključuje edukacijo o posledicah NMP in se nadaljuje s terapevtskim delom, ki največkrat poteka po principih kognitivno-vedenjske terapije. Njen cilj je posameznika naučiti strategij, s katerimi lahko uspešneje obvladuje težave in nadomesti znižane zmožnosti. Poudarek je na postopnem prenašanju aktivnosti iz začetne, zelo aktivne vloge terapevta na posameznika, prenašanju strategij iz zunanje ravni raznih pripomočkov na notranjo raven ter njihovi generalizaciji v življenjsko okolje. Posledica je izboljššan občutek nadzora nad lastnim vedenjem in življenjem ter ponotranjenje vira nadzora. Z uspešnim terapevtskim procesom teče postopno ponovno oblikovanje pojmovanja samega sebe, od predpoškodbene, pogosto idealizirane predstave o sebi, k popoškodbeni, stvarni identiteti. Zelo pomembno je, da terapevt dobro razume naravo in težo možganske okvare, pomen njenih posledic za posameznika in njegov psihosocialni položaj, njegovo predpoškodbeno in popoškodbeno identiteto. Le tako bo namreč lahko pravilno razumel naravo njegovih težav, ostal empatičen tudi v primeru neuspehov, imel stvarna pričakovanja, izbiral primerna področja, na katerih bo posameznik lahko razvijal lastne sposobnosti in kompenzacijske strategije ter ga ustrezno spodbujal in podpiral v njegovi dejavnosti (29).

Za učinkovito psihoterapevtsko delo v okviru rehabilitacije je pomembno, da so pristopi strukturirani, podporni in usmerjeni k reševanju težav (21). Postopki psihološke obravnave večinoma potekajo po principih teorije učenja, vedenjske terapije in kognitivno-vedenjske terapije. Cilj je bodisi spreminjanje in nadomeščanje posameznih oblik nefunkcionalnega vedenja z bolj prilagojenimi reakcijami ali pa krepitev nezadostno razvitih oblik vedenja.

Eden ključnih principov je zagotavljanje jasne strukture in učenje konkretnih strategij, ki posameznikom pomagajo znati se v novih okoliščinah po poškodbi možganov. Pomaga jim predvideti posledice svojih dejanj in preusmeriti pozornost od negativnih vsebin in občutij ogroženosti, k pozitivni, v aktivnost usmerjeni pozornosti.

Pri posameznikih, ki zmorejo relativno višjo raven kognitivnega procesiranja in imajo zadovoljivo ohranjene sposobnosti izražanja, najpogosteje uporabljamo pristope kognitivno-vedenjske terapije. Kognitivno-vedenjska terapija je za osebe z NMP primerna tudi zaradi svoje usmerjenosti v metakognitivne procese vodenega odkrivanja miselnih vsebin in procesov, čustvenih in vedenjskih izkušenj (30). Sposobnost metakognicije omogoča ustrezno samozavedanje lastnega delovanja, zmožnosti in težav ter samokontrolo vedenjskih reakcij in je dejavnik, ki pomembno vpliva na rehabilitacijski izid, vključenost v skupnost in zaposlitev.

Kot prednost kognitivno-vedenjske terapije avtorji poudarjajo tudi njeno izrazito usmerjenost v generalizacijo terapevtskega dela v vsakodnevno življenje ter učenje spretnosti in veščin z različnimi vedenjskimi poskusi in praktično uporabo v stvarnem okolju.

POKLICNA REHABILITACIJA PO NEZGODNI MOŽGANSKI POŠKODBI

V tujini so se v zadnjih tridesetih letih močno razmahnili specializirani programi poklicne rehabilitacije oseb po NMP. Programi so praviloma dolgotrajni in trajajo od nekaj mesecev do enega leta ali več. Aktivnosti običajno potekajo v skupinah in vključujejo razvijanje samozavedanja, izobraževanje o NMP in njihovih posledicah, programe obvladovanja težav na področju kognitivnih funkcij, učenje nadomestnih strategij, pomoč pri oblikovanju stvarnih in dosegljivih zaposlitvenih ciljev, razvijanje socialnih veščin, delovnih veščin, vzdržljivosti, usposabljanje v različnih simuliranih delovnih in učnih situacijah ter v realnem delovnem okolju (31).

Poudarek je na prenosu rehabilitacije v življenjsko okolje, razvijanju spretnosti in veščin obvladovanja različnih delovnih in socialnih aktivnosti. Generalizacijo veščin izvajajo z večstopenjskim programom učenja – začnejo z neposrednim učenjem posamezne veščine, ki mu sledi urjenje le-te v različnih nalogah, ki se stopnjujejo tako z vidika zahtevnosti kot zapletenosti. Ko je večina dovolj utrjena znotraj rehabilitacijskega okolja, sledi postopen prenos v običajno življenje in generalizacija veščine. Programi pogosto vključujejo tudi sistematično razvijanje posameznikovih zmožnosti samonadziranja in strategije obvladovanja težav na področju izvršilnih sposobnosti. Pogosta je tudi uporaba različnih spominskih pripomočkov, opomnikov in tehničnih pripomočkov, ki

posamezniku pomagajo obvladovati težave na področju prospektivnega spomina, načrtovanja in reševanja problemov (32). Obstajajo tudi različni zelo kompleksni računalniški programi za kognitivno rehabilitacijo, kot je npr. RehaCom – Schuhfried (33), ki vključujejo med drugim tudi vaje za razvijanje izvršilnih sposobnosti. Te vaje lahko posamezniku pomagajo pri prepoznavanju lastnih težav, vendar ni dokazano, da bi takšno kognitivno urjenje pomembneje izboljšalo posameznikove sposobnosti presojanja, odločanja, načrtovanja in abstraktnega mišljenja v stvarnem življenju. Podobno se pogosto pokaže, da imajo lahko ti posamezniki dobro ohranjena stara znanja, da so jih sposobni ustrezno ubesediti, vendar jih niso sposobni uporabiti v praktični situaciji (34).

Zaradi pomanjkanje dokazov o učinkovitosti neposrednega urjenja kognitivnih sposobnosti avtorji (2) kot učinkovitejši pristop navajajo razvijanje metakognitivnih sposobnosti in učenje strategij, s katerimi lahko posameznik nadomesti zmanjšane zmožnosti in rešuje probleme v različnih situacijah.

Owensworthova in McKenna (2) na osnovi metaanalize 50 študij (1980-2003) napovednih dejavnikov zaposlitvenega izida po NMP izpostavljata naslednja področja in dejavnike, ki jih je potrebno obravnavati v programih poklicne rehabilitacije:

- razvijanje metakognitivnih sposobnosti in nadomestnih strategij,
- izboljšanje samozavedanja,
- skupinska rehabilitacijska obravnava,
- obravnava čustveno-razpoloženskih dejavnikov in sprejemanja popoškodbenih sprememb,
- krepitev motivacije za vrnitev na delo,
- usklajevanje bodočega zaposlitvenega položaja s posameznikovimi cilji, zaposlitvenimi izbirami in pričakovanimi,
- izobraževanje in usposabljanje delodajalca in sodelavcev, prilagajanje postopkov dela, pripomočkov in delovnega okolja,
- izobraževanje in svetovanje družini, oblikovanje stvarnih pričakovanj v domačem okolju in zagotavljanje podpore družine,
- podporno zaposlovanje.

Podporno zaposlovanje je za osebe s posledicami NMP pogosto najprimernejša oblika zaposlitve, saj zagotavlja pomoč pri iskanju najprimernejšega, s posameznikovimi zmožnostmi in interesi skladnega dela, pomoč pri prilagajanju na delo in na delovno okolje, usposabljanje v stvarnem okolju ob zagotovljeni pomoči mentorja, oblikovanje nadomestnih strategij na delovnem mestu ter trajno spremljanje in podporo med zaposlitvijo (35, 24). Podpora zajema tudi pomoč ljudem v delovnem okolju in družini, pomoč pri urejanju ostalih področij in socialnem vključevanju posameznika v skupnost.

ZAKLJUČEK

Slika težav in rehabilitacijskih potreb oseb po NMP se oblikuje izrazito individualno in se spreminja sčasoma po poškodbi. Zato je potrebno razumeti poklicno in psihosocialno rehabilitacijo oseb po NMP kot dolgotrajen proces njihovega okrevanja, izboljšanja samozavedanja, čustvenega prilagajanja in sprejemanja omejitev, razvijanja nadomestnih strategij, usposabljanja in novega učenja, oblikovanja stvarnih zaposlitvenih pričakovanj, pomoči pri njihovem uresničevanju in podpore med zaposlitvijo.

Glede na kompleksnost možnih posledic predstavljajo NMP diagnostično in terapevtsko zelo zahtevno področje, ki zahteva specializirane, individualizirane in pogosto dolgotrajne programe poklicne rehabilitacije, ki jih vodi-jo interdisciplinarni in s področja možganskih poškodb dobro usposobljeni timi, kar je splošno sprejeta praksa v razvitih deželah. V Sloveniji so rezultati zdravljenja in stopnja preživetja oseb po NMP primerljivi s tistimi v razvitem svetu (36), manjkajo pa programi, ki bi omogočali neprekinjeno in celovito nadaljevanje rehabilitacije, vključno s programi pomoči pri vključevanju v produktivno življenje. Zato je ena pomembnih nalog na področju poklicne/zaposlitvene rehabilitacije v prihodnosti oblikovanje modela specializiranih programov poklicne in psihosocialne rehabilitacije, prilagojenih specifičnim potrebam te skupine.

Literatura:

- Kendall E, Muenchberger H, Gee T. Vocational rehabilitation following traumatic brain injury: a quantitative synthesis of outcome studies. *J Vocat Rehabil* 2006; 25(3): 149-160.
- Owensworth T, McKenna K. Investigation of factors related to employment outcome following traumatic brain injury: a critical review and conceptual model. *Disabil Rehabil* 2004; 26(13): 765-783.
- Vanderploeg RD, Curtiss G, Luis CA, Salazar AM. Long-term morbidities following self-reported mild traumatic brain injury. *J Clin Exp Neuropsychol* 2007; 29(6): 585-598.
- Dawson RD, Schwartz ML, Winocur G, Stuss DT. Return to productivity following traumatic brain injury: cognitive, psychological, physical, spiritual, and environmental correlates. *Disabil Rehabil* 2007; 29(4): 301-313.
- Vilkkij J, Ahola K, Holst P, Ohman J, Servo A, Heiskanen O. Prediction of psychosocial recovery after head injury with cognitive tests and neurobehavioral ratings. *J Clin Exp Neuropsychol* 1994; 16(3): 325-338.
- McDonald BC, Flashman LA, Saykin AJ. Executive dysfunction following traumatic brain injury: neural substrates and treatment strategies. *NeuroRehabilitation* 2002; 17(4): 333-344.
- Demasio AR, Anderson SW. The frontal lobes. V: Heilman KM, Valenstein E. *Clinical neuropsychology*. 3rd ed. New York; Oxford: Oxford University Press, 1993: 409-461.
- Crawford JR. Introduction to the assessment of attention and executive functioning. *Neuropsychol Rehabil* 1998; 8(3): 209-211.
- LeBlanc JM, Hayden ME, Paulman RG. A comparison of neuropsychological and situational assessment for predicting employability after closed head injury. *J Head Trauma Rehabil* 2002; 15(4): 1022-1040.
- Crepeau F, Scherzer BP, Belleville S, Desmarais G. A qualitative analysis of central executive disorders in a real-life work situation. *Neuropsychol Rehabil* 1997; 7(2): 147-165.
- Burgess PW, Alderman N, Evans JJ, Emslie H, Wilson BA. The ecological validity of tests of executive function. *J Int Neuropsychol Soc* 1998; 4: 547-558.
- Port A, Willmott C, Charlton J. Self-awareness following traumatic brain injury and implications for rehabilitation. *Brain Inj* 2002; 16(4): 277-289.
- Anson K, Ponsford J. Coping and emotional adjustment following traumatic brain injury. *J Head Trauma Rehabil* 2006; 21(3): 248-259.
- Whelan-Goodinson R, Ponsford J, Schonberger M. Association between psychiatric state and outcome following traumatic brain injury. *J Rehabil Med* 2008; 40(10): 850-857.
- Kendall E, Buys NJ. An integrated model of psychosocial adjustment following acquired disability. *J Rehabil* 1998; 64(3): 16-20.
- Moore AD, Stambrook M. Coping strategies and locus of control following traumatic brain injury: relationship to long-term outcome. *Brain Inj* 1992; 6(1): 89-94.
- Izaute M, Durozard C, Aldigier E, Teissedre F, Perreve A, Gerbaud L. Perceived social support and locus of control after a traumatic brain injury. *Brain Inj* 2008; 22(10): 758-764.
- Petrella I, McColl MA, Krupa T, Johnston J. Returning to productive activities: perspectives of individuals with

- long-standing acquired brain injuries. *Brain Inj* 2005; 19(9): 643-655.
19. Vickery CD, Gontkovsky ST, Carosellim JS. Self-concept and quality of life following acquired brain injury: a pilot investigation. *Brain Inj* 2005; 19(9): 657-665.
 20. Wood RL, Rutterford NA. Psychosocial adjustment 17 years after severe brain injury. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2006; 77(1): 71-73.
 21. Kay T, Lezak M. The nature of head injury. V: *Traumatic brain injury and vocational rehabilitation*. The Research and Training Center, University of Wisconsin, 1990.
 22. Stalnacke BM. Community integration, social support and life satisfaction in relation to symptoms 3 years after mild traumatic brain injury. *Brain Inj* 2007; 21(9): 933-942.
 23. Kervick RB, Kaemingk KL. Cognitive appraisal accuracy moderates the relationship between injury severity and psychosocial outcomes in traumatic brain injury. *Brain Inj* 2005; 19(11): 881-889.
 24. Wehman P, Targett P, West M, Kregel J. Productive work and employment for persons with traumatic brain injury: what have we learned after 20 years? *J Head Trauma Rehabil* 2005; 20(2): 115-127.
 25. Lanham RA, Weissenburger JE, Schwab KA, Rosner MM. A longitudinal investigation of the concordance between individuals with traumatic brain injury and family or friend ratings on the Katz adjustment scale. *J Head Trauma Rehabil* 2000; 15(5): 1123-1138.
 26. MacMillan PJ, Hart RP, Martell MF, Zasler ND. Pre-injury status and adaptation following traumatic brain injury. *Brain Inj* 2002; 16(1): 41-49.
 27. Horner MD, Selassie AW, Lineberry L, Ferguson PL, Labbate LA. Predictors of psychological symptoms 1 year after traumatic brain injury: a population-based, epidemiological study. *J Head Trauma Rehabil* 2008; 23(2): 74-83.
 28. Jakopec Z. Psihološki dejavniki v procesu rehabilitacije oseb po možganski poškodbi in integraciji v okolje. Magistrsko delo. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta, 2009.
 29. Judd D, Wilson SL. Psychotherapy with brain injury survivors: an investigation of the challenges encountered by clinicians and their modifications to therapeutic practice. *Brain Inj* 2005; 19(6): 437-449.
 30. Williams WH. Neuro-rehabilitation and cognitive behaviour therapy for emotional disorders in acquired brain injury. V: Wilson BA, ed. *Neuropsychological rehabilitation: theory and practice*. Lisse: Swets and Zeitlinger Publishers, cop. 2003: 115-137.
 31. Murphy L, Chamberlain E, Weir J, Berry A, Nathaniel-James D, Agnew R. Effectiveness of vocational rehabilitation following acquired brain injury: preliminary evaluation of a UK specialist rehabilitation programme. *Brain Inj* 2006; 20(11): 1119-1129.
 32. Schutz LE, Trainor K. Evaluation of cognitive rehabilitation as a treatment paradigm. *Brain Inj* 2007; 21(6): 545-557.
 33. RehaCom Computer-aided cognitive rehabilitation, Schuhfried GmbH, www.schuhfried.co.at.
 34. Rothke SE, Berquist TF, Schmidt M, Landre NA, Speizman R. Behavior management strategies for working with persons with brain injury: a practical manual. 2nd ed. Chicago: Rehabilitation Institute of Chicago, 1998.
 35. Wehman P, Kreutzer JS, eds. *Vocational rehabilitation for persons with traumatic brain injury*. Rockville, Md.: Aspen Publishers, 1990.
 36. Košorok V. Nezgodna poškodba možganov – izziv medicini in družbi: uvod. V: *Nezgodna poškodba možganov – izziv medicini in družbi: strokovno srečanje*, Ljubljana, 13. in 14. marec 2003. Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo, 2003:1A-1B, 1.p.