

Psiholoģiska rehabilitācija pēc insulta

“Psiholoģijas pasaule”, 2004, №5 (52.-56. Lpp)

Karina Borodulina,

ārste, psiholoģe, ģimenes psiholoģiskā atbalsta centra «RenaissanceS» brīvprātīgā darbiniece

Marina Kuznecova,

mag. ped., ģimenes psiholoģiskā atbalsta centra «RenaissanceS» brīvprātīgā darbiniece

Līga Kalvāne,

psiholoģe, mag. psych., psiholoģiskās rehabilitācijas programmas insulta slimniekiem un viņu radniekiem koordinatore

Ir pieņemts, ka psihologu darba mērķauditorija ir veseli cilvēki (šeit domāta klienta psihiskā veselība). Līdz ar to kā galvenie psiholoģiskā darba virzieni atklājas cilvēka psiholoģiskā atbalstīšana, grūtību iemeslu meklēšana un apzināšanās, iekšējo resursu izzināšana un jaunu uzvedības veidu apgūšana.

Psihologi veiksmīgi strādā arī ar cilvēkiem, kam ir hroniskas slimības; šajos gadījumos ir vērojams psihoterapeitiskais efekts, jo daudzas slimības ir psihosomatiska rakstura, un to gaita (īpaši hroniskā) ir atkarīga no pacienta personības īpatnībām un emocionālā fona.

Bet ko darīt, ja cilvēks ir pārcietis slimību, ko raksturo organiski centrālās nervu sistēmas (turpmāk -CNS) bojājumi? Cik produktīvs varbūt psihologa darbs ar šādu pacientu? Vai viņam var palīdzēt? Kādā veidā?

Šos jautājumus sev uzdot mums mudināja jau laiku atpakaļ noticis traģisks gadījums - tuva cilvēka saslimšana ar insultu, ilga šīs slimības ārstēšana un vēl garāks rehabilitācijas posms. Vēlme palīdzēt draugam - pietiekoši jaunai, vienmēr enerģiskai un dzīvespriecīgai sievietei, kļuva par pamudinājumu padziļināti izzināt jautājumu par psiholoģiskās palīdzības iespējām insulta slimniekiem. Nedaudz vēlāk tika izveidots insulta slimnieku un viņu radnieku psiholoģiskās rehabilitācijas un atbalsta programmas projekts.

Šajā rakstā mēs iepazīstināsim jūs gan ar šīs slimības teorētiskajām likumsakarībām, tās norisi, sekām un rehabilitācijas iespējām, gan atklāsim situācijas redzējumu insulta slimnieces - Marinas Kuzņecovas acīm. Marina – pedagoģijas zinātņu maģistre, skolas direktore, divu dēlu māte, dzīvesgudrs un drosmīgs cilvēks – pirms trim gadiem pārcieta spēcīgu insultu, kas vairāk lokalizējās galvas smadzeņu kreisajā puslodē un radīja ķermeņa labās puses paralīzi. Bija arī traucēta spēja runāt.

Šajā situācijā psiholoģiskā darba iespēju meklējumi sākās ar padziļinātu (pēc iespējas) jautājuma medicīnisko aspektu izpēti, izzinot slimības saturu, iemeslus, norises īpatnības. Teorētiskais pamats ļauj apzināties izveseļošanās mehānismus, kā arī pamato rehabilitācijas metožu, tajā skaitā – psiholoģisko, izvēli.

Kas ir insults? Statistika. Izpausmes.

Pēc Pasaules Veselības organizācijas (PVO) datiem insults ir trešajā vietā nāves cēloņu vidū pasaulē uzreiz pēc sirds un asinsvadu un onkoloģiskajām slimībām. Līdz ar to šī slimība kļuvusi par ļoti svarīgu medicīniski - sociālo problēmu un pieprasa organizētu medicīniski-sociālo un psiholoģisko palīdzību. Valsts rehabilitācijas centrā «Vaivari», kur tiek sniegta medicīniskā rehabilitācija insulta slimniekiem, katru gadu nonāk ap 500 pacientu (pēc neoficiālajiem datiem). Turklāt insults ir viens no biežākajiem invaliditātes, kas vairumā gadījumu izpaužas kā kustību traucējumi, iemesliem [2]. Pēc PVO sniegtās statistikas insulta saasinājuma periodā 80 - 90% slimnieku piemeklē hemiparēze (paralīze, kustību un sajūtu

zudums), ap 40 - 50% gadījumu ir sensorie (sajūtu - taustes u.c.) traucējumi. 2/3 slimnieku izpaužas dažāda smaguma pakāpes pārciestā insulta sekas [1].

Insulta attīstīšanās risku palielina arteriālā hipertoniya (paaugstināts asinsspiediens), cukura diabēts un citi asinsvadu aterosklerozi attīstoši faktori - smēķēšana, paaugstināts tauku līmenis asinīs, asinsreces traucējumi u.c. Ateroskleroze ir visbiežākais insulta cēlonis (īpaši kopā ar hipertoniyu). Jāatzīmē, ka ateroskleroze, tajā skaitā - galvas smadzeņu ateroskleroze, piemeklē aizvien jaunākus cilvēkus, un mediķus vairs neizbrīna 40 un pat 30 gadus jaunu cilvēku insulta gadījumi.

Aterosklerozes bojātie galvas asinsvadi kļūst trausli, spazmatiski, to diametrs manāmi samazinās, un tas var radīt pastiprinātus galvas smadzeņu asinsrites traucējumus -insultu.

Galvenās insulta izpausmes ir:

- organismam svarīgu funkciju (apziņas, elpošanas (tās ritms, dziļums, biežums), sirds un citu iekšējo orgānu darbības) traucējumi;
- lokāla neiroloģiskā simptomātika (sejas asimetrija, redzes traucējumi, nesaprotama runa vai tās trūkums, daļēja vai pilnīga ekstremitāšu paralīze, krampji);
- meningiālais sindroms (spējas galvassāpes, vemšana, muskuļu spriedze, cenšoties izpildīt jebkādu kustību).

Marina slimības sākumu atceras šādi: «Insults sākās negaidot Bija piektdiena, sestdien plānojām braukt sēnēs. Es atnācu no veikala ar pārtikas pirkumiem, dēls uz pāris minūtēm izgāja pie draugiem.

Atceros, ka es apsēdos un pēc brītiņa piepeši sajutu, ka ar mani kaut kas nav kā parasti. Šajā brīdī gribēju piezvanīt draudzenei, lai atnāk pie manis, jo jutos nelāgi. Nocēlu klausuli un vairs nezināju, kā sastādīt numuru. Es neizbijos, laikam kaut kas smadzeņu darbībā jau bija «iestrēdzis». Bija tikai nesapratne - es gribēju piezvanīt, bet nezināju, kā to dara. Tad manās atmiņās ir pauze, atceros tikai vēlākos notikumus - atnāca dēls, tad ārsts, bet viņa vizītes mērķi es nesapratu. Arī slimnīcā kādu laiku nesapratu, kur esmu, kas ir noticis.»

Insulta sekas

Neskatoties uz mūsdienu medicīnas attīstību, slimība prasa ilgstošu ārstēšana un rehabilitāciju. Arī gadījumos, kad sniegta savlaicīga medicīniskā palīdzība, insulta slimniekiem ir vērojama nepilnīga zaudēto CNS funkciju atjaunošanās, kas izpaužas kā:

- sarežģītu kustību izpildes traucējumi (taču nav paralīzes un kustību koordinācijas traucējumu);
- telpiskā dezorientācija;
- sajūtu traucējumi;
- runas funkciju traucējumi: sensomotorā afāzija (runas spēju trūkums un nespēja saprast citu runu); motorā afāzija (tikai runas spēju traucējumi); sensorā afāzija (tikai nespēja saprast citu runu); amnētiskā afāzija (atsevišķu vārdu aizmiršana) artikulācijas traucējumi, taču saglabājas iekšējā runa, citu runas un lasītā saprašana;
- rakstīšanas (agrafija) un lasīšanas (aleksija) traucējumi;
- skaitīšanas prasmju traucējumi (akalkulija);
- atmiņas, intelekta un uzmanības koncentrācijas pavājināšanās (kognitīvie traucējumi);
- emociju un gribas sfēras traucējumi.

Tabula nr.1

Rehabilitācijas mērķi dažādos insulta slimības periodos.

Slimības periods	Rehabilitācijas mērķis
Saasinājums (līdz 4 nedēlam)	Notiek zaudēto funkciju atjaunošanās (sajūtu, kustību atgriešanās, atsākas traucēto orgānu apasiņošana)
Agrīnais atveseļošanās periods (līdz 4 mēnešiem)	
Vēlīnais atveseļošanās periods (līdz 1 gadam)	Funkciju uzlabošanās. Tiek izstrādāti adaptīvie ieradumi, kas ļauj piemēroties noturīgajam neiroloģiskajam defektam (ja tāds paliek)
Reziduālais periods (pēc 1 gada)	Pacienta sociālās un sadzīviskās adaptācijas uzlabošana. Atkārtota insulta profilakse

Šīs sekas spilgti raksturo Marinas stāsts par savu atveseļošanās posmu: *«Es nevarēju runāt. Jau pirmajās dienās, ko pavadīju klīniskajā slimnīcā «Gaiļezers», pie manis atnāca fizioterapeits, un es, guļot gultā, vingroju (piecelties es nespēju). Tagad esmu par to ļoti pateicīga. Pēc pārvešanas uz Biķernieku slimnīcu pie manis atnāca logopēds un sāka mani mācīt runāt, rādot bildītes. Atceros, pirmajā kartītē bija attēlota māja – es skatījos, zināju, kas tas ir, bet pateikt neko nevarēju. Tad pirmo reizi mani pārņēma izbīlis - es sāku nojaust, ka ar mani ir noticis kaut kas patiesi nelāgs. Manas bailes pastiprināja neziņa par savu diagnozi, stāvokli, par notikušo, kā arī bezspēcība izteikties. Varbūt būtu bijis labāk, ja es būtu bezsamaņā, taču tieši tad sāku aptvert apkārtni un notiekošo. Neziņa rada šausmas. Tikai pēc šāda pārdzīvojuma var patiesi saprast insulta slimnieku, kurš ir tik izmisis, ka domā par pašnāvību. Es sāku runāt, kad pēc insulta bija pagājuši divi mēneši. Pirmais vārds bija «mamma».*

Slimnieka uzvedības pārmaiņas, kas saistītas arī ar emociju un gribas traucējumiem, ir atkarīgas no insulta lokalizācijas:

■ Ja bojājums ir pieres daļā, slimniekam ir novērojams tā sauktais apātiski – abūliskais (psihiskās aktivitātes pazemināšanās) sindroms, kas izpaužas intereses par dzīvi trūkumā (apātija), pazeminātā darbības aktivitātē, gribas funkciju vājumā, arī kā intelekta un kritiskas attieksmes pavājināšanās.

■ Plaši kreisās smadzeņu puslodes bojājumi atklājas kā emocionālās labilitātes sindroms (psihiskās un kustību aktivitātes samazināšanās, savu kustību traucējumu nenovērtēšana un nevēlēšanās tos novērst, mēra un takta izjūtu trūkums, emociju pārpilnība, apgrūtināta sociālā adaptācija).

Psiholoģiskās rehabilitācijas pamatnostādnes

Rehabilitācijas mērķi ir samazināt un novērst nosauktās parādības. Protams, slimnieku rehabilitācijai ir jānorit visu slimošanas laiku, kā tas ir norādīts tabulā nr.1. Rehabilitācijas programma insulta slimniekam iekļauj medikamentozu terapiju, fizioprocedūras, racionālu uzturu, logopēdisko korekciju, kinezoterapiju (psihoterapija, izmantojot dažādas kustības), psihoterapiju un psihokorekciju (psiholoģiskā attīstīšana).

Tiek uzskatīts, ka psiholoģiskais darbs var sākties reziduālajā periodā, taču intervijā Marina norāda uz šādu situāciju: *«Biķernieku slimnīcā bija pieejami logopēda un fizioterapeita pakalpojumi. Bet iedomājies – tu esi slimnīcā, piecelties nespēj, un arī citas kustības ir ierobežotas, nezini, kas ar tevi ir noticis, nojaut kaut ko sliktu, runāt nespēj, lai arī saproti, jo radinieki, protams, nāk un runā, taču arī viņi maz zina. Šādā situācijā, manuprāt, ir nepieciešama speciālista – psihologa palīdzība, kurš, neiedziļinoties slimības niansēs, pastāstītu par tās nopietnību, traucējumu ilgumu un to, ka traucējumi, kas saistīti ar slimību, ir pārvarami, un*

kā es varu palīdzēt sev un ārstiem. Dažas vizītes palīdzētu samazināt trauksmi un bailes, veicinātu ticību izveseļoties. Insulta slimniekam ir svarīga katra saskarsmes minūte, un speciālista vārdiem ir liela nozīme.» Par savu rehabilitācijas pieredzi «Vaivaros» Marina atklāj: «Medicīniskā rehabilitācija «Vaivaros» (logopēda nodarbības, masāžas, reitterapija u.c.) man ļoti palīdzēja - es uzlaboju savas fiziskās funkcijas un turpinu to darīt. Biju tur sešas reizes, taču tikai vienu reizi piedalījos psiholoģiskajā kursā. Jāatzīst, ka radās dažādi traucēkļi, piemēram, vecums. Skiet, esmu nodzīvojusi tik ilgi, ka likās jocīgi kaut ko jautāt psihologēm, jaunām meitenēm. Taču vajadzība runāt un konsultēties bija.»

Arī mēs uzskatām, ka psihologs var iesaistīties rehabilitācijas programmā jau agrīnajā atveseļošanās periodā, sniedzot slimniekam psiholoģisko atbalstu un noskaņojot uz atveseļošanos.

Darbā ar insulta slimnieku psihologs var ietekmēt gan runas, gan citas pacienta aktivitātes, ar to pirmām kārtām saprotot kustību aktivitāti. Šeit jāpiebilst, ka modernajā psihoфизиолоģijā valda uzskats, ka iespēja atjaunot neuro-loģiskās funkcijas ir atkarīga no:

- laika faktora (t.s. «terapeitiskais logs», kad izveseļošanās ir iespējama un efektīvi norit);

- neiroplastiskuma - galvas smadzeņu spējas kompensēt strukturālos (uzbūves) un funkcionālos traucējumus organisko bojājumu gadījumos.

Pētījumi liecina, ka plastiskumu var ietekmēt gan ar farmakoloģiskajiem preparātiem, gan pie-daloties speciālās rehabilitācijas programmās, kur tiek stimulētas kustību aktivitātes. Aktivitāte ir viens no nozīmīgākajiem rehabi-litācijas virzieniem, jo «ieslēdz» svarīgus bioloģiskos adaptācijas mehānismus - neironu atjaunošanās darbību un saglabājušos nervu šūnu saikņu aktivāciju. Vēl vienas eksperimentu sērijas rezultāti liecina, ka tās galvas smadzeņu struktūras, kurās ir saglabājušies tikai 10 - 20% struktūrelementu, var atjaunot savu funkcionēšanu normālā apjomā. Ar to ir pierādīts, ka insulta ietekmēto ķermeņa daļu aktivizēšana ietekmē galvas smadzeņu funkcionālo reorganizāciju. Līdz ar to mainās uzskats, ka insulta slimnieks var tikai kompensēt zaudētās funkcijas. Vairāk var panākt, attīstot skarto locekļu darbaspējas.

Insulta slimnieka emocionālais stāvoklis

Ir zināms, ka pacienta emocionālais stāvoklis pirmajās nedēļās un mēnešos pēc pārciestā insulta ir manāmi nenoturīgs, saasinās personības raksturīgākās īpašības: iespējama apātija, raudulība, citam -agresivitāte, attiecību raupjums vai impulsivitāte. Šos procesus ietekmē gan minētie smadzeņu bojājumi, gan ilgstošā un nogurdinošā ārstēšanās, nepieciešamība atrasties stacionārā, tikt pieskatītam, kā arī fiziskās sāpes. Slimnieks apzinās, ka viņa dzīve ir mainījusies uz sliktu pusi, un šīs pārmaiņas skars arī viņa ģimeni. Līdz ar to insultu pārdzīvojis cilvēks izjūt dvēseliskas ciešanas, sāpīgi pārdzīvo pierastā dzīvesveida zaudējumu, izjūt kaunu par savu bezpalīdzību un baidās kļūt par nastu saviem tuvujiem, satraucās par iespējamo invaliditāti un atkarību no apkārtējiem.

Šis jūtu komplekss var izraisīt depresiju. Slimnieks netic atveseļošanās iespējai, zaudē interesi par dzīvi, pārtrauc aktīvi piedalīties rehabilitācijas pasākumos, bieži vien attiecībās ar tuviniekiem parādās rupjības un aizkaitināmība. Depresija, ko izraisījis insults, kļūst par traucēkli atveseļošanās procesā – slimnieks pats nepieliek pūles, kā arī atraida ārstu un tuvinieku palīdzību. Psihologs var palīdzēt izrauties no šī noslēgtā loka.

Psiholoģiskās rehabilitācijas formas un iespējamie darba veidi

Obligāts rehabilitācijas noteikums ir saskarsme ar slimnieku. Psihologa profesionālās prasmes ļauj veidot attiecības ar slimnieku nepieciešamajā līmenī, labvēlīgi, pacietīgi un secīgi sniedzot atbalstu. Pozitīvā attieksme uztur kontaktu un stimulē slimnieka runas aktivitāti.

Tāpat ir jāpaplašina slimnieka saskarsmes loks, ko vēlākā slimības etapā var realizēt, organizējot atbalsta grupas. Marina par centra «RenaissanceS» iespējām saka: «*Insulta*

slimnieks ir prom no darba, kas provocē izolētības sajūtu. Mēs, slimnieki, varam atrisināt daudzas un dažādas savas problēmas, taču vēlmi izrunāties var realizēt tikai sabiedrībā. Organizējot klubu, mēs to iegūstam. Mums ir daudz specifisku jautājumu, un ar katru no tiem pie ārsta iet negribas. Kopā mēs varam tos pārrunāt un dalīties pieredzē, atbalstīt viens otru.»

Šādu grupu var vadīt gan profesionālis, gan brīvprātīgais no slimnieku vidus, kas izgājis rehabilitācijas kursu un apguvis psiholoģiskā atbalsta paņēmienus. Jāsaka, ka centra piedāvātajā programmā atbalsta grupu slimniekiem vada pati Marina, par ko viņa saka: *«Esmu ļoti apmierināta ar iespēju darboties projektā (gan kā kliente, gan organizētāja), jo darbs dod dzīvei perspektīvu».*

Kā jau minējām, aktivitāte ir insulta slimnieka atveseļošanās «atslēdziņa». Pamatojoties uz to, ir izstrādāti ārstnieciskās vingrošanas kompleksi, taču, lai celtu kustību aktivizācijas efektu, tajos derētu iekļaut ķermeniski orientētās psihoterapijas elementus, elpošanas un relaksācijas vingrinājumus, kuri pazeminātu enerģētiskos blokus un muskuļu sasprindzinājumus, attīstītu mērķtiecīgus fiziskos paradumus. Ķermeņa terapijas metodes palīdz pacientam nodibināt kontaktu ar savu ķermeni un pieņemt to (kas nav vienkāršs uzdevums insulta slimniekam, ņemot vērā viņa kustību traucējumus vai sejas asimetriju) [4]. Mūsu centrā ir sagatavota programma «Iekšējā dzīve» šo mērķu sasniegšanai.

Izmantojot aprakstītos aktivizācijas mehānismus, rodas pamatota iespēja psiholoģiskās rehabilitācijas laikā izmantot sensomotoriku attīstošas metodes - darbošanos ar dažādas formas un struktūras dabas materiāliem, ko izmanto programmā «Rehabilitācija caur radošo». Tā kā slimības rezultātā pavājinās atmiņa un citas kognitīvās spējas, psihologs var veiksmīgi izmantot visu savu profesionālo atmiņas u.c. attīstīšanas metožu arsenālu.

Liela nozīme insulta slimnieku psiholoģiskajā rehabilitācijā ir mākslas terapijai. Gleznošana ar rokām vai otu, darbošanās ar plastilīnu un mālu stimulē gan kustību aktivāciju, gan palīdz atklāt iekšējos spēkus, atbrīvoties no pārdzīvojumiem un izjust radošas darbības sniegto gandarījumu. Šeit notiek tā saucamā «pozitīvo pārdzīvojumu aktivācija», un mēs ticam, ka tā tiek veicināta un stiprināta jaunas neironu saiknes.

Vēl viens svarīgs mērķis, kurš ir programmu «Dzīves ceļš» un «Optimisms - laba lieta?!» pamatā, ir slimnieku uzvedības stratēģiju maiņa, kas ļauj palielināt adaptāciju pat nozīmīgu kustību defektu situācijā. Psihologs spēj izstrādāt mērķprogrammu, orientētu izmantošanai reziduālajā periodā, kurā cilvēks var izprast, kā, mainot savas nostādnes, uzskatus, attieksmi pret savas dzīves notikumiem, sevi un citiem, var iemācīties gūt no dzīves vairāk baudījuma. Jāatzīmē, ka psihologa darba mērķauditorija ir arī pacientu radnieki, kuriem tāpat nepieciešams atbalsts, palīdzība emociju, jūtu un pārdzīvojumu izprašanā, pieņemšanā un izlādēšanā, konstruktīvu attiecību ar slimnieku veidošanā. Te centrs «RenaissanceS» piedāvā gan individuālās konsultācijas, gan iespēju apmeklēt atbalsta grupas.

Protams, apraksts, kurā uzskaitītas visas psihologa darba jomas ar cilvēkiem, kuri pārdzīvojuši insultu, var būt daudz garāks un plašāks. Meklējot jaunas pēcinsulta slimnieku psiholoģiskās rehabilitācijas iespējas, nepieciešams ņemt vērā sekojošo - insulta slimnieku rehabilitācija ir kombinēta un koordinēta medicīniski - sociāli - psiholoģisku pasākumu izmantošana, kura pielāgota klienta fiziskās, psiholoģiskās un profesionālās aktivitātes atjaunošanai. Ne pacienta vecums, neiroloģiskās un somatiskās slimības, ne pēcinsulta defekta dziļums neizslēdz rehabilitācijas procesa efektivitāti.

Vēl tikai nedaudz no slimnieka pieredzes: *«Pēc slimnīcas mani dēli un vīrs visu laiku mudināja kaut ko darīt. Tas bija ļoti pareizi, jo tieši personīgā aktivitāte palīdz izveseļoties. Cilvēkam, kas ir pārdzīvojis insultu, ir tikai divas iespējas: darboties, meklēt un izmantot palīdzību un progresēt vai atteikties no piedāvātajām aktīvi-tātēm, iestrēgt pie televizora pults un regresēt. Trešās iespējas nav.»*

Raksta sagatavošanā izmantoti ģimenes psiholoģiskā atbalsta centra «RenaissanceS» psihologu programmu apraksti, kā arī sekojoša literatūra:

1. Bruno A.A. Motor recovery in stroke//in: Physical Medicine and Rehabilitation, M.I.Klein et al. (eds). -Medicine, 2002
2. Дамулин И.В., Парфенов В.А., Скоромец А.А., Яхно Н.Н. Нарушения в кровообращения в головном мозге// кн. Болезни нервной системы. Руководство для врачей. Под ред. Н.Н. Яхно, Д.Р.Штельмана.Т.1. - М.: Медицина, 2001
3. Дамулин И.В. Постинсультные двигательные расстройства. Романин А.Н. Основы психотерапии. Учебное пособие. - М.: « Academia », 1999