

Poročilo s seminarja Kognitivna rehabilitacija: integrativni nevropsihološki pristop

Lea Alič*

Oddelek za psihologijo, Filozofska fakulteta, Univerza v Ljubljani

Report from the seminar Cognitive Rehabilitation: An Integrative Neuropsychological Approach

Lea Alič*

Department of Psychology, Faculty of Arts, University of Ljubljana, Slovenia

Ključne besede: pridobljena možganska okvara, kliničnopsihološko ocenjevanje, nevropsihološka rehabilitacija, konference, poročila

Keywords: acquired brain injury, clinical psychological assessment, neuropsychological rehabilitation, conferences, reports

V četrtek, 30. novembra, je od 8. do 16. ure v prostorih Univerzitetnega rehabilitacijskega inštituta Republike Slovenije – Soča potekal seminar z naslovom “Kognitivna rehabilitacija: integrativni nevropsihološki pristop”. V organizacijskem odboru so bile asist. dr. Urša Čizman Štab, spec. klin. psih, Karmen Resnik, dipl. zdr. psih, mag. nevr. zn. in Nika Bolle, uni. dipl. psih., specializantka klin. psih., ki so tudi zaposlene na inštitutu. Na seminarju so bile osvetljene različne tematike v povezavi s kognitivno rehabilitacijo, ki pa so bolj podrobno opisane v njihovem zborniku prispevkov z naslovom “Kognitivna rehabilitacija: integrativni nevropsihološki pristop” (Čizman Štaba, Bolle in Resnik Robida, 2017). Predstavljeni so bili temeljni nevropsiholoških principov, ki so v ozadju kognitivne rehabilitacije, metodološki izzivi, indikacije in uporabnost, pa tudi kliničnopsihološko ocenjevanje, ki je potrebno pred začetkom kognitivne rehabilitacije. Predstavljen je bil tudi model kognitivne rehabilitacije pri otrocih ter kognitivna rehabilitacija pri starostnikih. Izpostavljeni so bili nevropsihološki mehanizmi, izzivi in potek kognitivne rehabilitacije pri sindromu neglekta, kronični bolečini in pri kritično bolnih. Na seminarju smo slišali tudi o pomenu vpliva čustev in razpoloženjskih stanj oz. motenj na spoznavne sposobnosti, pa tudi o uporabi tehnik čuječnosti v kognitivni rehabilitaciji. Izpostavljen je bil pomen vključevanja družinskih članov v proces rehabilitacije, pa tudi pomen vključevanja oseb v delovno okolje po končani kognitivni rehabilitaciji. V kognitivni rehabilitaciji na inštitutu poudarjajo pomen integrativnega pristopa. Kognitivna rehabilitacija se v splošnem izkaže kot učinkovita metoda, ostajajo pa še nekatera odprta vprašanja in izzivi ter možnosti za vpeljavo novih ali izboljšanih metod in intervencij, npr. s pomočjo sodobne tehnologije.

* Naslov/Address: Lea Alič, Oddelek za psihologijo, Filozofska fakulteta, Univerza v Ljubljani, Aškerčeva 2, 1000 Ljubljana, e-mail: lea.alic@ff.uni-lj.si

Nevropsihološki principi v ozadju kognitivne rehabilitacije in metodološki izzivi

Z uvodno predstavitvijo Temeljni nevropsihološki principi v ozadju kognitivne rehabilitacije je asist. dr. Urša Čizman Štaba, specialistka klinične psihologije, predstavila koncept kognitivne rehabilitacije in možganske plastičnosti. Predstavila je nekaj dejavnikov, ki lahko sprožijo možgansko plastičnost, pa tudi pozitivne in negativne vidike možganske plastičnosti. Poudarila je, da je pri kognitivni rehabilitaciji pomembna strategija učenja brez napak, kjer pacientu pri učenju ne dopuščamo možnosti ugibanja. Povedala je tudi nekaj o principih okrevanja ter navedla dejavnike, od katerih je okrevanje odvisno, in o konceptih nadomestne/kompenzacijske plastičnosti, kjer prihaja do prenosa aktivacije na druge predele, ter obnovitvene plastičnosti, kjer prihaja do vključevanja okvarjenih možganskih območij. Predstavila je model kognitivne rehabilitacije. V nadaljevanju smo slišali tudi nekaj o dejavnikih, ki vplivajo na uspeh rehabilitacije, to so npr. celostna obravnava, učenje brez napak, postopna ukinitve pomoči in spodbud, razvoj samozavesti bolnika in povratna informacija.

Karmen Resnik Robida, diplomirana zdravstvena psihologinja in magistrica nevroznanosti, je izpostavila nekatere metodološke izzive, ki se pojavljajo pri preučevanju učinkovitosti določenih intervencij v kognitivni rehabilitaciji. Izpostavila je, da vse dokler ne obstaja dovolj dokazov za učinkovitost neke intervencije, lahko to intervencijo bolnikom ponudimo le kot možnost rehabilitacije. Glede na metodološko ustreznost študij, ki preučujejo določene intervencije so bile oblikovane tri ravni priporočil – standardi, smernice in možnosti. Predavateljica je v nadaljevanju predstavila, kako se določene intervencije razvrščajo glede na te tri ravni priporočil pri kognitivni rehabilitaciji različnih kognitivnih funkcij, kot so pozornost, spomin in izvršilne funkcije. Na koncu je izpostavila pomen integrativnega nevropsihološkega pristopa, ki se izkaže za najbolj učinkovit terapevtski pristop v kognitivni rehabilitaciji. Je individualno prilagojen posamezniku in njegovim željam, njegove intervencije pa so usmerjene tako na kognitivna področja kot čustvene odzive posameznika. Avtorica je povzela, da se kognitivna rehabilitacija v splošnem izkaže za učinkovito metodo pri zdravljenju kognitivnih motenj po pridobljeni možganski poškodbi.

Kliničnopsihološko ocenjevanje, sinteza metodoloških in kliničnih pristopov in ekološka veljavnost

V nadaljevanju je psiholog dr. Dare S. Kovačič predstavil kliničnopsihološko ocenjevanje, ki je bistveno za oceno posameznikovega psihofizičnega stanja pred začetkom izvajanja intervencij v okviru kognitivne rehabilitacije. Predstavil je glavne cilje kliničnopsihološkega ocenjevanja. Izpostavil je vrzel, ki obstaja med teoretičnimi (a empirično podprtimi) psihometričnimi in bolj uporabno usmerjenimi kliničnimi modeli. Na kratko je predstavil tudi teorijo, za katero je menil, da bi lahko predstavljala temeljni okvir za integracijo obeh tradicij. Spregovoril je še o ekološki

ali “praktični” veljavnosti testov, ki nam pove, kako dobro psihološka ocena odraža vsakdanje funkcioniranje in kako dobro napove izid kognitivne rehabilitacije. Povedal je, da je raziskav o ekološki veljavnosti klasičnih nevropsiholoških preizkusov sposobnosti razmeroma malo, raziskovalci pa so različnega mnenja glede njene ustreznosti. Predstavil je še nekaj načinov za doseganje čim višje veljavnosti, zanesljivosti in drugih merskih lastnosti, npr. z uvajanjem sodobnih in bodočih slikovnih (npr. fMRI), kibernetičnih interaktivnih sistemov in računalniških tehnologij. Na koncu je poudaril pomen ekološke veljavnosti v rehabilitaciji, ki bi po njegovem mnenju morala postati eno glavnih načel klinične psihologije in nevropsihologije.

Stopenjski model kognitivne rehabilitacije pri otrocih

Nadalje je bil predstavljen prispevek o stopenjskem modelu kognitivne rehabilitacije pri otrocih, katerega avtorici sta klinična psihologinja mag. Svetlana Logar in psihologinja dr. Barbara Horvat Rauter. Slišali smo, da model predpostavlja, da so utrjene večšine nižje stopnje nujne za krepitev večšin na višji stopnji. Poudarjen je bil pomen systemske perspektive, saj otrok deluje znotraj različnih sistemov, kar je treba pri kognitivni rehabilitaciji upoštevati. Pozorni moramo biti tako na potrebe otroka in njegove zmožnosti kot tudi na zmožnosti sistema, v katerem deluje. V nadaljevanju so bile predstavljene štiri različne ravni stopenjskega modela, raven A, B, C in D. Na začetnih ravneh je predvideno več pomoči in podpore, usmerjene v bolj temeljne večšine, kasnejše faze pa so usmerjene v samostojnejšo uporabo različnih strategij na višji stopnji. Slišali smo, da so ukrepi na posameznih ravneh tako prilagojeni razvojni stopnji otroka in so osredotočeni na trening specifičnih kognitivnih funkcij oz. spretnosti (na ravni A npr. na strategije, kot so branje, pisanje in računanje, na ravni D pa na nadomestne strategije na področju epizodičnega spomina, vidnega procesiranja, jezika in izvršilnih sposobnosti). Avtorici sta zaključili, da je ključno izhajanje iz modelov kognitivne rehabilitacije, saj še vedno ni dovolj dokazov o tem, kateri pristopi so ob določeni možganski poškodbi najbolj učinkoviti.

Sindrom negleka, kronična bolečina in kritično bolni: rehabilitacijske intervencije in izzivi

Asist. dr. Barbara Starovasnik Žagavec, specialistka klinične psihologije, je predstavila izzive in kombiniranje pristopov v kognitivni rehabilitaciji pri sindromu negleka. Najprej je opisala neglekt kot nevropsihološki sindrom, ki običajno nastane kot posledica možganske poškodbe. Povedala je, da posamezniki s sindromom negleka niso zmožni zavedanja in usmerjanja pozornosti na dražljaj in/ali dele svojega telesa nasprotno od prizadete strani možganov. Avtorica je predstavila vidno-prostorske (npr. težave pri usmerjanju pozornosti z zdrave na prizadeto stran telesa) in neprostorske kognitivne motnje (npr. težave na področju izvršilnih sposobnosti, čustvene težave, hude motnje pozornostnega sistema), ki prispevajo k sindromu negleka. Predavateljica je opisala, kaj vse zajema ocenjevanje izraže-

nosti sindroma neglekta, kateri so značilni testi ocenjevanja in kakšna je kombinacija testov, ki v 70 % primerov odkrije paciente s sindromom neglekta. V nadaljevanju je predstavila, kakšne strategije in intervencije se lahko uporabljajo v primeru neglekta. Izpostavila je vedenjske tehnike, ki pa naj bi se uporabljale v kombinaciji z drugimi tehnikami. Povedala je, da se lahko uporabljajo tudi tehnike učenja s pomočjo elektronskih naprav ali specializirane opreme (npr. funkcionalna električna stimulacija, metoda prilagajanja prizme), možna pa je tudi farmakološka podpora. Avtorica je zaključila s predstavitvijo izzivov, s katerimi se je potrebno soočiti pri rehabilitaciji neglekta – intervencije ne kažejo dolgoročnih učinkov, pri sindromu neglekta je prisoten širok spekter simptomov, potrebna pa bi bila dolgotrajna oskrba.

V nadaljevanju smo slišali prispevek magistric psihologije Petre Drnovšek in Sabine Frankovič o kronični bolečini. Slišali smo, kdaj opredelimo bolečino kot kronično. Predstavljeni sta bili dve teoriji, ki razlagata kronično bolečino – teorija vrat, ki pravi, da sta telesna in psihološka komponenta povezani, ter biopsihosocialni model, ki poudarja medsebojno vplivanje bioloških, psiholoških in socialnih dejavnikov. V možganih ni enega samega centra za bolečino, pač pa se ob bolečini v možganih aktivira več struktur. Bolniki s kronično bolečino pogosto poročajo o kognitivnih težavah. Predstavljeni sta bili teorija kognitivne obremenitve in teorija hipervigilnosti, ki različno razlagata, zakaj naj bi prišlo do zmanjšane kognitivne učinkovitosti bolnikov s kronično bolečino. Slišali smo, da je značilna multidisciplinarna obravnava kronične bolečine znotraj biopsihosocialnega modela in da se za učinkovito psihoterapijo izkaže kognitivno-vedenjska terapija (psihoedukacija in tehnike rekonceptualizacije bolečine), izpostavljen pa je bil tudi pomen telesne intervencije in tehnike sproščanja. Avtorici pravita, da se z učenjem funkcionalnih načinov spoprijemanja pacienti naučijo novih vedenjskih vzorcev, s čimer vplivajo na obvladovanje bolečine, posredno pa tudi na učinkovitost kognitivnih funkcij.

Asist. dr. Katja Dular, psihologinja, nam je predstavila dejavnike tveganja in rehabilitacijske intervencije pri kritično bolnih. Najprej je navedla nekaj razlogov, zakaj lahko pride do kritičnega stanja (npr. hipoksija, hipotenzija, anemija, vročinska stanja, hiperglikemija, sistemsko vnetje ali šok, sepsa idr.). Izpostavila je, da se je kar pri 74 % bolnikov v intenzivni negi razvil delirij, ki je oblika akutne možganske disfunkcije. Predavateljica je predstavila tudi dejavnike tveganja za razvoj psiholoških težav pri kritično bolnih (npr. nočne more, vsiljeni spomini na travmatične dogodke, anksioznost, panika, umik iz pogovora). Povedala je, da se približno tri mesece po kritični bolezni med preživelimi bolniki pri 10–58 % pojavlja depresija, pri 9–27 % pa posttravmatska stresna motnja (PTSM) eno leto po odpustu z intenzivne nege. Zaključila je, da se veliko bolnikov po zdravljenju vrača v skupnost z razvitimi hudimi psihološkimi simptomi in da je po zaključku rehabilitacijskega programa tako pomembna učinkovita prilagoditev posameznika na socialno okolje. Že v času zdravljenja pa je potreben empatičen terapevtski odnos ter nujnost psihološke opore. Potrebno je tudi zgodnje prepoznavanje simptomov, zagotovitev ustreznega zdravljenja, ki sledi intenzivni negi in povezanost različnih strokovnjakov (npr. družinski zdravniki, rehabilitacijski strokovnjaki, klinični psihologi).

Kognitivna rehabilitacija pri starostnikih

V nadaljevanju nam je Katja Zupančič, psihologinja, predstavila kognitivno rehabilitacijo pri starostnikih. Za uvod nam je predstavila, kako se bo z leti povečeval delež ljudi v starosti nad 60 let, kar bo prineslo izzive in potrebe po prilagoditvah na vseh področjih družbenega delovanja. Predstavila nam je, da so sposobnosti, kot je vzdrževana pozornost, kratkotrajni spomin, semantični spomin ter razumevanje in kompleksnost izražanja, dobro ohranjene v pozni starosti. Do upada prihaja predvsem pri deljeni pozornosti, delovnem spominu, epizodičnem spominu ter hitrosti procesiranja govora in jezika. Izpostavila je, da je pri kognitivnem delovanju v obdobju pozne odraslosti značilna velika variabilnost med posamezniki. Za manjši upad kognitivnega delovanja se uporablja izraz blaga nevrokognitivna motnja, ob prisotnosti velikih težav v vsakodnevnem funkcioniranju pa se uporablja izraz velika nevrokognitivna motnja. V nadaljevanju je predstavila potek krepitvenega in kompenzatornega kognitivnega treninga pri blagi nevrokognitivni motnji. Izpostavila je, da pride do večjih učinkov treninga pri posameznikih, ki imajo manj oškodovane kognitivne funkcije. Do boljših rezultatov prihaja tudi, kadar trening zajema več področij kognitivnega delovanja ter kadar so treningi pogostejši.

Čustva, motnje razpoloženja in kognitivna učinkovitost ter tehnike čuječnosti

Mag. Lejla Kmetič, specialistka klinične psihologije, je v nadaljevanju predstavila, da sta čustveni in kognitivni del možganov integrirana v območjih prefrontalnega korteksa. Predstavila je prepletenost čustvenega in kognitivnega pri poškodbi ventromedialnega prefrontalnega korteksa. Nadalje je povedala nekaj o vplivu čustev na zdravje in okrevanje. Omenila je, da imajo pozitivna čustva zaščitni učinek (npr. za kardiovaskularno zdravje), čustvene motnje pa lahko ovirajo racionalno sklepanje in kontrolo delovanja. Nadalje je podrobneje predstavila vpliv anksioznosti in depresije na kognitivno učinkovitost ter vpliv čustev na dosežke ter prikazala graf kognitivne učinkovitosti v odvisnosti od razpoloženja, ki se kaže v obliki narobe obrnjene U-krivulje. Povedala je, kako pozitivno in negativno čustvovanje vpliva na procesiranje informacij ter kakšna je prilagoditvena vloga čustev. Za konec je predstavila še vpliv terapevtskih pristopov in aktivnosti. Izpostavila je uporabo treninga izvršilnih sposobnosti, vedenjsko-kognitivne terapije, trening čuječnosti (izboljša npr. izvršilne funkcije, delovni spomin, zmanjša ruminacije). Zaključila je s tem, da je nemogoče gledati kognitivne in čustvene procese ločeno ene od drugih, saj tako čustva kot mišljenje enakovredno nadzorujejo misli in vedenje.

Vesna Mlinarič Lešnik, psihologinja, je nadaljevala s predstavitvijo koncepta čuječnosti, predstavila pa je tudi razliko med meditacijo in konceptom čuječnosti. Povedala je, kdaj naj bi uporabljali tehnike čuječnosti (npr. pri upravljanju z besom, tesnobo). Nadalje je podrobneje predstavila program "GOALS", ki je namenjen izboljšanju spretnosti samoregulacije pozornosti in izvršilnih funkcij in ki vključuje tudi tehnike čuječnosti. Povedala je, da je pred

vključevanjem pacientov v tovrstne treninge potrebna skrbna ocena in presoja bolnikovih sposobnosti, da presodimo, ali je takšen način dela za njih sploh primeren. Predstavila je tudi izsledke nekaterih raziskav, ki kažejo na učinkovitost tehnik čuječnosti v kognitivni rehabilitaciji. Zaključila je, da so dosedanje raziskave pokazale obetajoče učinke, vendar pa ti zaključki temeljijo na manjših vzorcih.

Vključevanje oseb v delovno okolje in družinskih članov v kognitivno rehabilitacijo

Mag. Marjana Kranjc Dobre, psihologinja in dr. Miha Rutar, psiholog, sta v svojem prispevku osvetlila pomen vključevanja družinskih članov v proces kognitivne rehabilitacije. Mag. Kranjc Dobre je predstavila posledice pridobljene možganske poškodbe za družino. Povedala je, da družine običajno niso pripravljene na vedenjske in osebnostne spremembe poškodovanega po pridobljeni možganski poškodbi. Velikokrat imajo tudi nerealistično optimistična pričakovanja o okrevanju. Pogosto se družine več mesecev soočajo s prilagajanjem na novo stanje in vzpostavljanjem novega, bolj realističnega pogleda na svoje novo stanje, v procesu prilagajanja pa grejo lahko skozi različne stopnje. Intervencije, ki se nanašajo na edukacijo in informiranje, so se izkazale kot učinkovite pri izboljšanju znanja pri svojcih, posledično pa so se zmanjšali stres, breme, anksioznost in strah. Slišali smo tudi, da delo z družino v kognitivni rehabilitaciji omogoča podporo družinskim članom, ki so velikokrat bolj obremenjeni zaradi poškodbe kot pacient.

Nina Bras Meglič in Ana Petrovič, klinični psihologinji, sta avtorici prispevka, ki govori o vključevanju oseb v delovnem okolju po kognitivni rehabilitaciji. V centru za poklicno rehabilitacijo na URI – Soča v okviru zdravstvenega programa izvajajo celostno obravnavo z namenom (ponovne) vrnitve na delovno mesto, pri procesu pa sodelujejo strokovnjaki različnih profilov. Avtorici sta v prispevku izpostavili, da je večkrat prišlo do potrebe po nadaljevanju rehabilitacije, zato so oblikovali program kognitivnega treninga z namenom podaljševanja rehabilitacije pred vključevanjem v pridobitno delo. Predstavljeno je bilo, da se prvih fazah podaljšane nevropsihološke rehabilitacije ukvarjajo s treningom specifičnih kognitivnih funkcij, v kasnejših fazah pa se osredotočajo na praktične aktivnosti, ki se usmerjajo na ponovno vključitev v delovni proces. V nadaljevanju je bila predstavljena tudi kognitivna rehabilitacija v programu zaposlitvene rehabilitacije; rehabilitandom so omogočene individualne prilagoditve za delo, po uspešni vključitvi na delovno mesto pa se jim še vedno nudi potrebna podpora. Avtorici sta izpostavili pomen vključevanja v delo, ki pripomore k subjektivnemu doživljanju uspešnosti rehabilitacijskega procesa, vključevanju v družbo in izboljšani kvaliteti življenja.

Rehabilitacija, usmerjena na vsakodnevne življenjske situacije

Gostjadr. Barbara Wilson, specialistka klinične psihologije, je s svojo predstavitvijo zaključila sklop predstavitev v okviru seminarja kognitivne rehabilitacije. Predstavila je pomen implementacije rehabilitacije v pacientovo okolje in pomen

generalizacije učinkov v vsakdanje življenje. Povedala je nekaj o tem, kako naj bi bilo okrevanje povezano s starostjo ter da ni nujno, da bodo mlajši ljudje okrevali boljše kot starejši. Otroci, mlajši od dveh let, npr. slabše okrevajo po določenih oblikah možganskih poškodb kot starejši otroci. Prav tako bo nekdo, ki je šele začel brati, imel po poškodbi večje težave, kot tisti, ki je to spretnost že prej osvojil. Povedala je, da se pri ljudeh, ki imajo poškodbe na podobnih mestih možganov, lahko kažejo različne težave oz. se te različno manifestirajo. Nadaljevala je z vprašanjem, ali lahko obnovimo okvarjeno funkcioniranje. Izpostavila je pomen strategije ponavljanja, pri tem pa je poudarila, da s samim ponavljanjem še ne dosežemo zelenega učinka, prisotno mora biti tudi zavestno procesiranje ponovljenega materiala. Predstavila je eno izmed učinkovitih tehnik ponavljanja (angl. *spaced retrieval*), kjer se pacientu predstavi npr. niz števk, ki ga mora ponoviti. Pacienta se večkrat povpraša po tem nizu, pri tem pa se povečuje časovni interval, ki mine med dvema ponovitvama. Drug učinkovit način učenja pa je tako imenovano učenje brez napak (angl. *errorless learning*), kjer se stremi k minimaliziranju možnosti napake pri učenju, tako da se odstrani možnost ugibanja. Povedala je, da se učenje brez napak v kognitivni rehabilitaciji izkaže kot bolj učinkovit pristop kot učenje s poskusi in napakami. Poudarila je, da je pri učenju potrebno iti postopno, korak za korakom, upoštevati pa je potrebno tudi individualni stil posameznika in njegove preference. V kognitivno rehabilitacijo je pomembno uvajati takšne intervencije, ki bi omogočile čim večjo generalizacijo oz. transfer. Za konec nam je pokazala tudi nekaj naprav, s katerimi si pacienti pomagajo pri opravljanju vsakodnevnih življenjskih nalog (npr. napravo NeuroPage®).

Zaključek

Kognitivna rehabilitacija zajema širok spekter terapevtskih pristopov, metod in intervencij, ki so usmerjene v izboljšanje posameznikovega delovanja po pridobljeni možganski poškodbi. Možganske poškodbe so lahko zelo raznolike, prav tako pa lahko pride do različnega izraza simptomov oziroma težav pri posameznikih s podobno možgansko poškodbo oz. poškodbo na podobnih delih možganov. Intervencije morajo biti usmerjene na posameznika, individualizirane ter prilagojene njegovemu okolju, delovanju in preferencam. Pred samo vključitvijo v kognitivno rehabilitacijo pa je zelo pomembna kliničnopsihološka ocena, ki omogoča prepoznavanje posameznikovega trenutnega stanja in situacije, s tem pa ustrezno nadaljnjo obravnavo. Pri svojem delovanju se na Univerzitetnem rehabilitacijskem inštitutu Soča držijo standardov in smernic, ki so se izkazale za učinkovite pri delu s pacienti s pridobljeno možgansko poškodbo. Kot možnost so pri nekaterih možganskih poškodbah in okvari kognitivnih funkcij omenjali tudi intervencijo računalniških treningov, npr. pozornosti, delovnega spomina, izvršilnih funkcij, ki se izkaže kot uspešna, vendar pa so študije na tem področju v večini metodološko pomanjkljive in bi bile potrebne nadaljnje raziskave. V zadnjih letih se tako čedalje bolj združuje klinični in metodološki pristop za razvoj in uporabo čim bolj veljavnih in metodološko ustreznih testov. Ekološka veljavnost, ki kaže, kako dobro psihološka ocena odraža vsakdanje funkcioniranje, je namreč v klinični praksi

zelo pomembna. Pri delu z različnimi pacienti se na inštitutu naslanjajo tudi na različne teoretične modele. Pri delu z otroki so npr. izpostavili stopenjski model, ki predpostavlja, da je pred krepitvijo veščin na višji stopnji potrebno utrditi veščine nižje stopnje, prav tako pa je treba biti pozoren na potek razvoja kognitivnih procesov in celoten sistem, v katerem otrok deluje.

Pri določeni možganski poškodbi je lahko oškodovanih tudi več kognitivnih funkcij hkrati, rehabilitacijo pa je glede na vrsto okvare potrebno ustrezno prilagoditi. Pri okvari izvršilnih funkcij se bodo lahko uporabljale drugačne intervencije kot pri okvari spomina. Rehabilitacija je ustrezno prilagojena tudi glede na stopnjo oškodovanosti. V splošnem se izkaže, da je kognitivna rehabilitacija bolj uspešna pri tistih pacientih, ki imajo kognitivne funkcije manj oškodovane, kot pri tistih, ki imajo kognitivne funkcije oškodovane bolj. Glede na stopnjo oškodovanosti na inštitutu uporabljajo različne intervencije. Pri pacientih, ki imajo izraženo npr. blago nevrokognitivno motnjo, uporabljajo drugačne intervencije kot pri pacientih z veliko nevrokognitivno motnjo (bolj znano pod izrazom demenca). Pri uporabi določenih intervencij je pomembno, da ima pacient določeno stopnjo samozavedanja in razumevanja svojega stanja. Pri npr. sindromu neglekta, kjer pacienti nimajo vpogleda v svoje stanje, so lahko intervencije manj učinkovite ali pa njihova učinkovitost zbledi, ko pacienti niso več intenzivno vključeni v program kognitivne rehabilitacije. V procesu kognitivne rehabilitacije so tako zdravstveni delavci v nekaterih primerih soočeni tudi s številnimi izzivi pri uvedbi intervencij in vzdrževanju njihovih učinkov.

Pridobljena možganska okvara lahko poslabša kognitivno učinkovitost, velik vpliv na kognitivno učinkovitost pa imajo lahko tudi čustva in razpoloženska stanja oz. motnje. Pozitivna čustva imajo lahko zaščitno funkcijo, medtem ko razpoloženske motnje, kot npr. anksioznost in depresija, lahko povzročajo zmanjšano kognitivno učinkovitost na področju različnih kognitivnih funkcij. V nekaterih primerih pa se motnje razpoloženja lahko razvijejo po pridobljeni možganski okvari (npr. pri kritično bolnih, kronični bolečini). Ker sta telesna in psihološka komponenta med seboj povezani, je potrebno k rehabilitaciji pristopiti celostno in upoštevati tudi čustveno odzivanje posameznika. Upoštevanje čustvenega doživljanja in njegovega vpliva na kognitivno učinkovitost je zelo pomembno za uspešno okrevanje ter ustrezno izbiro in vključevanje intervencij v program kognitivne rehabilitacije.

Kako se bo posameznik odzval, soočal in prilagodil na pridobljeno možgansko poškodbo, je odvisno od mnogih dejavnikov, npr. njegovih osebnostnih lastnosti, privzgojenih vzorcev reagiranja, virov pomoči v bližnjem okolju. Pomembno vlogo pri okrevanju in prilagajanju pa imajo tudi njegovi družinski člani, zato je njihovo vključevanje v proces kognitivne rehabilitacije pomembno. Velikokrat se morajo skupaj, kot družina, prilagoditi na novo situacijo. Na sam uspeh kognitivne rehabilitacije lahko vpliva veliko dejavnikov, kot so npr. celostna obravnava, razvoj samozavesti pacienta in povratna informacija. Veliko poudarek pa je tudi na učenju brez napak, kjer se minimalizira možnost napake pri učenju. V začetku procesa kognitivne rehabilitacije se pacientu nudi veliko pomoči, opore in spodbude, ki pa se jo postopno ukinja. Eden izmed pomembnih ciljev rehabilitacije,

poleg izboljšanja funkcioniranja, je (ponovna) vrnitev pacienta v delovno okolje. Tim različnih strokovnjakov se v centru za poklicno rehabilitacijo, poleg ukvarjanja s treniranjem specifičnih kognitivnih funkcij, ukvarja tudi z aplikacijo praktičnih aktivnosti za ponovno vključitev v delovni proces. Pri vključevanju na delovno mesto se upoštevajo tudi prilagoditve, ki so vedno individualne. Ponovna vrnitev v delovno okolje vpliva na pacientovo zaznavanje učinkovitosti kognitivne rehabilitacije ter pripomore k vključevanju v družbo in izboljšani kvaliteti življenja.

Če so bili v preteklosti nekateri cilji rehabilitacije in načini dela določeni predvsem s strani ustanove oz. strokovnjakov, pa je dandanes velik poudarek na vključevanju pacienta, njegovih želja, potreb in okolja, v katerem deluje. Velik poudarek je torej na integrativnem pristopu, ki je individualno prilagojen in usmerjen tako na kognitivna področja kot čustvene odzive posameznika. Pomembno je tudi, da po prenehanju kognitivne rehabilitacije izvajane intervencije omogočajo čim večji transfer oz. generalizacijo učinkov v posameznikovo okolje, v katerem deluje. Tako lahko naučena znanja in spretnosti čim bolj prenese in uporabi v svojem vsakodnevnem delovanju.

Kognitivna rehabilitacija se je v splošnem izkazala kot učinkovita metoda pri zdravljenju kognitivnih motenj po pridobljeni možganski poškodbi. Z uporabo integrativnega pristopa skuša rehabilitacijo kar čim bolj prilagoditi posameznikovim željam in preferencam. Kljub temu pa se pri kognitivni rehabilitaciji pojavi kar nekaj izzivov in problemov, ki ostajajo še odprti ali pa jih je potrebno podrobneje raziskati. V prihodnosti na inštitutu vidijo možnosti tudi v razvoju/izboljšanju intervencij v okviru računalniško podprtih tehnologij. Z uporabo nekaterih sodobnih tehnologij in specializirane opreme bi tako morda lahko premostili težave transfera in še povečali učinke kognitivne rehabilitacije.

Literatura

- Čižman Štaba, U., Bolle, N. in Resnik Robida, K. (ur). (2017). *Kognitivna rehabilitacija: Integrativni nevropsihološki pristop [Cognitive rehabilitation: Integrative neuropsychological approach]*. Ljubljana, Slovenija: Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča.