

PhDr. Kateřina Hermanová

Barbora Jandějsková, Dis.

Rehabilitační ústav Kladruby, Kladruby u Vlašimi

Motivace k rehabilitaci – zkušenosti z rehabilitačního ústavu z pohledu psychologů a ergoterapeutky

PhDr. Kateřina Hermanová pracuje jako klinická psychologka v Rehabilitačním ústavu Kladruby. Psychologii vystudovala v letech 1995-2000 na FF UK v Praze. K jejím profesním zájmům patří problematika neuropsychologické rehabilitace, zabývá se také psychoterapeutickou prací s tělem.

Barbora Jandějsková, Dis. je ergoterapeutkou v Rehabilitačním ústavu Kladruby, kde pracuje od roku 2000. Vystudování má VOŠ v Mostě. Zabývá se především problematikou rehabilitace kognitivních funkcí.

Kontakt na autorky příspěvku

Hermanova.katerina@seznam.cz

PhDr. Kateřina Hermanová / Barbora Jandějsková, Dis.

Rehabilitační ústav Kladruby

Kladruby 30, 257 62 Kladruby u Vlašimi

Barbora Jandějsková, Dis.

Představení pracoviště:

RÚ Kladruby je specializované centrum komplexní rehabilitační péče včetně protetické a poradenské činnosti.

RÚ byl založen v roce 1947 a 1. 7. 2002 zde byla otevřena Spinální rehabilitační jednotka (SRJ). Kapacita je 216 lůžek, z toho 40 lůžek připadá na SRJ.

Indikační skupiny : pacienti po operacích a úrazech pohybového a nervového ústrojí a s bolestivými stavy páteře a kloubů.

Rehabilitační tým : lékaři, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, logoped, psychologové, zdravotní sestry, maséři, sociální pracovníci, vedoucí dílen, pomocný zdravotní personál.

Formy léčebné rehabilitace : individuální a skupinová LTV, fyzikální terapie (elektroterapie, hydroterapie, termoterapie, magnetoterapie, laser, ultrazvuk, ...), mechanoterapie, psychoterapie, logopedie, muzikoterapie, ergoterapie.

Oddělení ergoterapie je rozděleno na nácvik nezávislosti, nácvik úchopů a psaní, terapeutické dílny a výpočetní techniku. Provádí se zde individuální, skupinová, cílená i kondiční ergoterapie.

Nácvik soběstačnosti – nácvik všedních denních činností (přesuny, mobilita, sebesycení, vaření, nácvik činností s kompenzačními pomůckami), výběr pomůcek, kondiční jízdy automobilem, autoškola.

Nácvik úchopů a psaní – nácvik motoriky horních končetin a jemné motoriky, nácvik psaní včetně výběru vhodné pomůcky, trénink kognitivních funkcí.

Terapeutické dílny – keramická, tkalcovská, výtvarná, oděvní, kovodílna, truhlářská dílna. Provádí se zde terapie zaměřená na postiženou oblast i kondiční ergoterapie.

Výpočetní technika – nácvik ovládání počítače kompenzačními pomůckami, rekvalifikační kurz počítačů, možnost neomezeného připojení na internet.

Motivace pacientů k RHB

Do RÚ přichází pacienti jak čerstvě po úrazu, tak ke kondičním pobytům. Motivace pro cvičení je u každé z těchto dvou skupin rozdílná, rovněž pestrost diagnóz nám neumožňuje jednotný přístup. Při své práci se setkávám převážně s vážněji postiženými pacienty po poranění páteře a s poškozením mozku. Většina z těchto pacientů si uvědomuje, na jaké pracoviště nastupují, ale někdy od nás očekávají nemožné. S větou: "V Kladrubech prý děláte doslova zázraky", se setkávám poměrně často. Pacienti bývají rovněž o svém stavu málo informováni, nebo jim jejich postižení neumožňuje reálný náhled na svůj stav. V počátcích rehabilitace většinou s motivací problémy nebývají. Přichází až v době, kdy si pacient začne uvědomovat, že pokroky jsou pomalejší a méně radikální než očekával. Musí řešit změnu sociální situace, bydlení, partnerské problémy atd. Přichází stavy deprese, úzkosti a rezignace.

Nejdůležitější je s pacientem mluvit. Ukazovat mu již dosažené výsledky – při každém testování zhodnotit nově dosažené změny a vždy najít alespoň malý úspěch, za který ho pochválíme. Nejvíce vyzdvihujeme zvyšování samostatnosti pacienta při všedních denních činnostech. Na dílnách pak bývá největším motivem zhotovený výrobek. Vedeme pacienty k tomu, aby si dávali malé, reálné, dílčí cíle a radovali se i z drobných úspěchů. Samozřejmě, že spolupracujeme s psychology a pokud se nám pacientův psychický stav nelíbí, řešíme tuto situaci po vzájemné konzultaci.

PhDr. Kateřina Hermanová

Jsem velice ráda, že sdružení Dílny tvořivosti otevřelo otázku motivace k rehabilitaci u lidí s dysfunkcemi mozku. Často právě deficit motivace výrazně limituje efekt rehabilitace a zvyšuje závislost klientů i v činnostech, které by jinak zvládli.

RÚ Kladruby je léčebný ústav určený k poskytování ústavní celodenní komplexní rehabilitační léčby klientům po úrazech a operacích pohybového a nervového systému. V ústavu je každodenně léčeno přibližně dvě stě čtyřicet klientů, z toho odhadem asi pětinu tvoří klienti s dysfunkcemi mozku.

Při hledání způsobů práce s těmito klienty jsem prošla velké množství literatury a provedených výzkumů. Málokteré nebo žádné z mnou nalezených se nevěnovaly přímo motivaci, ale mnohé z nich v závěru zdůraznily její důležitost a vyzývaly k jejímu studiu.

Domnívám se, že otázka motivace klientů velice úzce souvisí také s motivací členů ošetřujícího týmu.

Z vlastní zkušenosti mohu říci, že práce s takovými klienty je velice emočně náročná a ohrožená Burnout syndromem. Znalost toho, jakými zákonitostmi se řídí a jak je možné ovlivnit motivaci klientů, by pomohla psychologům, ergoterapeutům, fyzioterapeutům a dalším pracovníkům pomáhajících profesí zvýšit pocit kompetence a eliminovat pocit beznaděje, se kterým se mnozí setkáváme.

Když jsem v roce 2000 nastoupila, začala jsem se věnovat především právě klientům po úrazech mozku a po cévních mozkových příhodách. Rehabilitace kognitivních funkcí neměla v Kladrubech výraznou tradici. Začala jsem se proto vzdělávat formou stáží pořádaných IPVZ. Po informacích jsem pátrala také v odborné, ale i laické literatuře a na internetu. Postupně jsem vypracovala systém práce s lidmi po úrazech mozku a cévních mozkových příhodách, který bych vám nyní krátce představila:

Každý klient byl nejprve otestován Neuropsychologickou baterií PCP. Tato baterie slouží k zachycení základních kognitivních deficitů a je vytvořena z již psychometricky podložených neuropsychologických zkoušek. Kromě testů zaměřených na kognitivní funkce obsahuje baterie také dotazník na sebesouzení depresivních příznaků a posouzení motivace k výkonu při vyšetření na pětistupňové škále.

Po vyšetření začala většina klientů docházet 2 x týdně na individuální trénink kognitivních funkcí. Nejčastěji šlo o trénink pomocí počítačového programu Train the Brain či jiných programů, další různá cvičení orientace, paměti, pozornosti, prostorových a dalších funkcí jsem získala např. z Tréninku paměti pro seniory (Steinová), z populárních knih zaměřených na trénink "mozku", z cvičení pro děti s poruchami učení nebo jsem se inspirovala neuropsychologickými testy a vytvořila jakési cvičné verze.

Dále klienti docházeli 1x týdně na skupinový trénink kognitivních funkcí. Zde probíhal trénink poněkud volnějším a zábavnějším způsobem - např. hráli jsme obdobu tzv. Kimovy hry, slovní kopanou, poznávali předměty hmatem, řešili slovní hříčky apod.

Převážná část klientů z této skupiny docházela na tzv. "rozhovorovou skupinu". Klienti si zde sdělovali své prožitky, zkušenosti, problémy, bylo možné pozorovat stejné jevy jako v klasických psychoterapeutických skupinách (emoční podpora, abreakce, nácvik sociálních dovedností ad.). Při výběru do skupiny jsem tolerovala i deficity, které by neumožňovaly vstup do klasické psychoterapeutické skupiny, např. fatické poruchy. Musím říci, že klienti to velice dobře akceptovali, snad proto, že v počtu pěti až šesti účastníků si vytvořili velice úzké vztahy.

Po svou až třech měsících před propuštěním z ústavu jsem provedla retest s využitím alternativních verzí testů.

Při diagnostické práci bylo z hlediska motivace důležité věnovat pozornost dvěma syndromům:

1. Frontální syndrom
2. Depresivní syndrom

Podle lokalizace se může frontální syndrom projevovat jako "pseudodeprese" spojená s apatií, nezájmem, mutismem, sníženým libidem a chudou iniciací chování. Mohou převažovat tzv. dysexekutivní příznaky (porucha plánování, přesouvání myšlenkových setů, abstraktního uvažování, slovní plynulosti, pracovní paměti, perseverace, porucha pozornosti). Takto postižený klient není schopen rozvinout cílenou činnost a projevuje se jako nemotivovaný. Mohou se také objevit psychopatické změny osobnosti, které jsou špatně ovlivnitelné psychoterapií.

Depresivní syndrom nemusím jistě popisovat, mnohé projevy se ovšem překrývají s projevy frontálního syndromu. Snažila jsem se proto vždy brát zřetel na to, že zdánlivě "frontální" projevy klienta mohou být také reakcí na omezení jeho potřeb a přistupovat k němu nejen jako "trenér", ale i jako psychoterapeut. Mému terapeutickému přístupu byla nejbližší behaviorální terapie, neboť v případě klientů s dysfunkcemi mozku je, podle mého názoru, důležité především odstranění nežádoucích příznaků. Důležitým momentem individuální terapie je rozšíření možnosti normálního sociálního kontaktu a podpora adekvátních způsobů chování. Za vhodné považuji také věnovat pozornost problémům se sebehodnocením a s mezilidskými vztahy.

Jak pronesl PhDr. Šplíchal na jednom semináři v r.1999: „Pokusit se má smysl většinou (ne vždy), pokračovat v dlouhodobě marném snažení smysl nemá“. Značná část klientů na psychoterapeutické snažení nereagovala a v tomto případě bylo možné se domnívat, že má deficit motivace neuroanatomický základ.

Vzhledem k tomu, jak složitě je funkce motivace v mozku distribuována, je velká pravděpodobnost, že při úrazu mozku struktury související s motivací budou zasaženy, ať už fokálně nebo v rámci difúzního poškození.

Existence dostupné diagnostické pomůcky k odlišení poruchy motivace na neuroanatomickém základě od poruchy nálady by ušetřilo mnoho času i energie. Jak uvedli autoři jednoho článku (Al-Adawi, S., Greenwood, R., J., Powell, J., H.: Motivational deficits after brain injury: A neuropsychological approach using new assessment techniques, *Neuropsychology*, 1998, Vol. 12, No. 1, 115 - 124)), u lidí s frontálním syndromem nebyla nalezena spojitost kognitivních a motivačních deficitů s náladou. Domnívají se, že je to tím, že u tohoto typu poškození mozku neprobíhají normální kognitivní procesy, které by umožnily depresivní reagování na vnější spouštěče. Podle nich motivační a kognitivní deficity nejsou v žádném případě sekundární k depresi. Stejní autoři uvádějí možnost farmakologického ovlivnění pasivity po úrazu mozku.

Výsledky výše popsaného programu nebyly zpracovány statisticky, nicméně z kvalitativního rozboru vysuzují následující závěry:

1. Vysoká motivace ke spolupráci pozitivně ovlivňovala zlepšení v kognitivní oblasti.
2. Pravidelná účast v tréninkovém programu vedla u významné většiny ke zlepšení v kognitivní oblasti i v oblasti nálady.

3. V několika případech došlo ke zhoršení deprese, vždy bylo takové zhoršení provázeno i zhoršením v kognitivní oblasti.
4. Částečné zhoršení v kognitivní oblasti nebylo pokaždé spojeno s prohloubením deprese.

Za podstatné v uvedeném systému v souvislosti s motivací považuji následující prvky:

1. Volba snadno dosažitelných cílů a jejich postupné zvyšování.
2. Osobní kontakt s klientem a přizpůsobení individuálního plánu jeho potřebám. Na základě znalosti klienta využívání toho, co klient zná z premorbidního období.
3. Udržení hravé a přátelské atmosféry při skupinovém tréninku kognitivních funkcí a přizpůsobení úrovně "nejslabším" jedincům.
4. Vedle tréninku kognitivních funkcí zařadit do programu také psychoterapii.
5. Poskytnutí zpětné vazby v průběhu a po ukončení programu.
6. Týmová spolupráce.

Při práci s lidmi s dysfunkcemi mozku jsem se řídila především praktickými hledisky. Jsem si proto vědoma mnohých nedostatků a otevřených otázek, např. otázky generalizace .

Také při volbě teoretického východiska jsem postupovala jako eklektik - podle potřeby jsem volila jednou kompenzační (substituční) strategie, jindy šlo o restituční přístup. Kompenzační strategie považuji z hlediska generalizace za efektivnější (např. naučit klienta pracovat s diářem a používat různé pomůcky, které podpoří jeho vlastní aktivitu). Při individuálním tréninku považuji za účinnější několik krátkých sezení denně, na to jsem ale bohužel neměla kapacitu.

Ideální program pro klienty s dysfunkcemi mozku by měl být samozřejmě opřen o solidní výzkum a týmovou spolupráci.