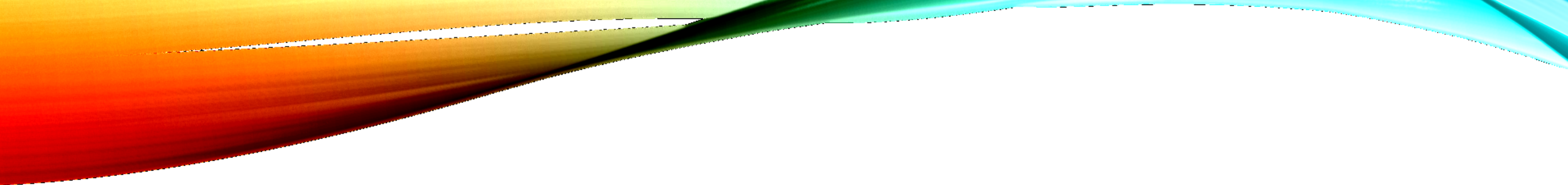
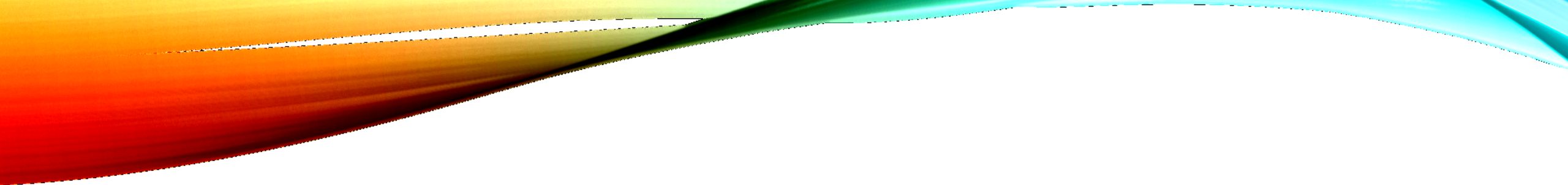


VZTAH NEUROPSYCHOLOGIE A ERGOTERAPIE

- hlavní úlohou NPS je diagnostika a terapie NPS (cních) poruch u pacientů po poškození mozku
- NPS diagnostika je základní kámen pro sestavení kvalitního a odpovídajícího rehabilitačního plánu
- NPS má k diagnostice množství metod; při výběru metod vždy zohledňuje stav pacienta, tj. konkrétní poškození a jeho následky, věk, únavu, psychické rozpoložení,...
- diagnostika v rámci NPS by měla zjistit, k jakým změnám po psychické stránce – osobnost jedince, emoce, kognitivní funkce, oblast motoriky – grafomotoriky i jemné motoriky, včetně řeči – následkem poškození mozku došlo
- NPS diagnostika se nezaměřuje jen na deficity, ale snaží se poznat celý profil pacienta, k čemuž patří i zmapování zachovalých fcí, tj. jakými funkcemi pacient disponuje
- nutné je poznat psychický vývoj pacienta v celé jeho historii a získat tak informace o stavu pacienta před úrazem
 - jinak bychom si mohli stanovit cíl, kterého nelze dosáhnout!!!
- podmínky pro NPS diagnostiku a následnou rehabilitaci jsou náročné – většina pacientů trpí v různé míře poruchou vědomí; pacient po těžkém poškození mozku nevykazuje ze začátku žádné nebo jen nepatrné reakce na stimulaci

- 
- začátek remise, který je spojen s rozjasněním vědomí, nastává, když pacient začne ve zvýšené míře reagovat na podněty a vytvářet kontakt k okolí
 - NPS diagnostika v průběhu časně rehabilitace musí být otevřena dynamice a rychlým změnám během restituční fáze, protože z počátečních globálních výpadků se mohou vyvinout specifické NPS deficity a komplexy symptomů
 - na základě zjištěných informací NPS sestavuje rehabilitační plán, podle výkonů a kontrolních NPS vyšetření jej postupně upravuje
 - na konci rehabilitačního pobytu provádí hodnocení stavu pacienta, podrobně mapuje dosažené úspěchy (pokroky, regrese, stagnace, plató) a na jejich základě doporučuje následnou péči
 - cílem je zmírnit kognitivní a emocionální poruchy po poškození mozku a podporovat pacienta a rodinu ve zvládnání profesních a sociálních potíží těmito funkčními poruchami způsobených

- 
- kognitivní NPS rehabilitace se zaměřuje (Šplíchal, Angerová, 2002):
 - vizuální percepce, rozpoznávání objektů (vnímání velikosti, tvaru, barev, pohybu)
 - rozpoznávání obličejů (vnímání lidské tváře a různých emocí)
 - orientace v prostoru (lokalizace předmětů v prostoru)
 - orientace časem, místem, osobou
 - řeč (schopnost produkovat řeč – verbálně se vyjadřovat, tvorba vět a slov, schopnost porozumět mluvené řeči)
 - schopnost čtení, včetně porozumění textu
 - grafomotorika (kresba, písmo)
 - pozornost (udržení pozornosti)
 - paměť
 - exekutivní fce
 - porozumění problémům a jejich řešení

- **širší pojetí** – vymezit jako funkční adaptaci člověka s mozkovým poškozením na bezne denní činnosti, zahrnující sebeobsluhu, náplň volného času s rekreačními aktivitami, výkon povolání v plné či přizpůsobené míře a plnění dalších sociálních a privátních fcí
- **užší vymezení** – kognitivní retraining nebo restituce vyšších psychických fcí, již se rozumí systematické úsilí o zlepšení mozkových deficitů, které na některých úrovních narušují zpracování informace přicházející do mozku zevnitř i zvnějšku organismu (Kulišťák, 2003)
- princip zdola nahoru X zhora dolů ?
- nutná spolupráce pacienta!! – soustředit se na subjektivní prožívání pacienta, naslouchat; schopnost vidět život z pohledu pacienta
- ze strany odborníků – klinická senzitivita, i klinický rozum – vycházet z reálných možností a zůstat stát nohama na pevné zemi
- cílem NPS rehabilitace je zprostředkovat pacientovi jeho poruchu „lidským“ způsobem, aby se s následky poškození mozku lépe vypořádal

- je obor, který prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopností jedince potřebných pro zvládnutí běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností u osob jakéhokoli věku a s různým typem postižení
- pojem zaměstnávání zahrnuje veškeré činnosti, které člověk vykonává v průběhu života a jsou vnímány jako součást životního stylu a identity (Jelínková, Krivošíková, 2009)
- cílem ergoterapie je dosažení co možná nejvyšší míry soběstačnosti a nezávislosti jedince ve všedních denních činnostech (ADL – activities of daily living) a to jak v prostředí domácím, tak i pracovním a sociálním
- ergoterapeutické diagnostické metody – pomáhají zmapovat potíže pacienta a podle toho vybrat vhodné smysluplné činnosti
- ergoterapeutické vyšetření se zaměřuje především na zhodnocení funkce horních končetin, senzomotoriky, mobility, lokomoce, orientačně hodnotí KF
- ergoterapeut navrhuje pacientovi na míru – eventuálně i vyrábí – kompenzační pomůcky, bez nichž by nemohl danou činnost vykonávat

HLAVNÍCH OBLASTÍ

- **ergoterapie zaměřená na trénink ADL**

- zaměřuje se na schopnost pacienta provádět všední činnosti – základní fyzické fce (personální nebo bazální ADL), ale i sociální aktivity běžného života (instrumentální nebo rozšířené ADL)
- personální ADL – osobní hygiena, kontinence, oblékání, mobilita,...
- instrumentální – nakupování, příprava jídla, užívání léků, telefonování, jízda autem,...
- výkon v těchto činnostech je ovlivněn dysfunkcemi v oblasti motorické (svalová síly, tonus, koordinace,..), senzorické (čítí, bolest, orientace,..), kognitivní (vědomí, pozornost, paměť, schopnost řešit problémy,..), psychosociální (osobnost pacienta, jeho motivace, nálada,..)



- **ergoterapie cílená na postiženou oblast**

- cílem je zvětšení svalové síly, zlepšení koordinace, rozsahu pohybu a jeho zpřesnění
- nejrůznější činnosti pomocí nejrůznějších pomůcek a nástrojů; zátěž postupně dávkována
- patří sem i cílený trénink KF



- **kondiční ergoterapie**

- má za úkol odpoutat pozornost pacienta od nepříznivého vlivu onemocnění a udržet dobrou duševní pohodu, zvláště je-li onemocnění dlouhodobé nebo trvalé
- při sestavování plánu ergoterapeut vychází ze zájmů pacienta, činnost musí člověka bavit a být smysluplná
- př. ruční práce, modelování, práce s papírem, společenské hry, četba,...
- silným motivačním činitelem je nejen léčebné působení činnosti, ale především hmatatelný výrobek či dosažení určitého výkonu
- to, že pacient něco viditelného dokázal, zlepšuje jeho sebedůvěru a upevňuje pocit znovunabývání sil



- **ergoterapie zaměřená na předpracovní hodnocení a trénink**

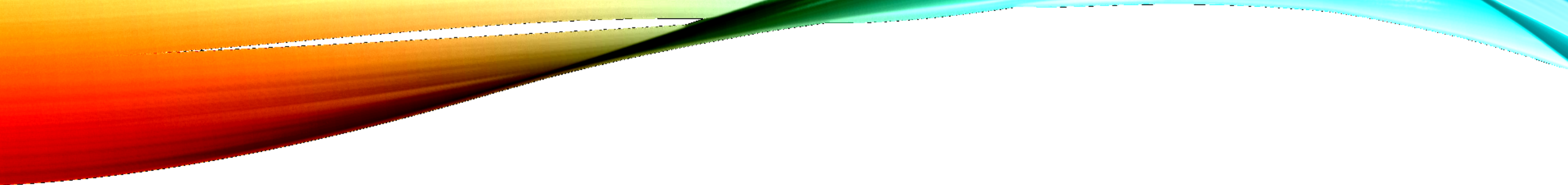
- završením ergoterapeutického působení je zaměření na pracovní začlenění pacienta
- vzhledem k ekonomické nejistotě – důležitá součást rehabilitačního programu
- zahrnuje modelové činnosti, různé testy umožňující posoudit pacientovy předpoklady pro budoucí pracovní uplatnění
- nacvičuje dovednosti různého druhu, anebo cíleně schopnosti, které jsou předpokladem pro zvládnutí vybrané profese
- ergoterapeut navrhuje vhodnou úpravu pracovního prostředí, pokud je potřebná; případně pomáhá s výběrem jiného pracovního uplatnění

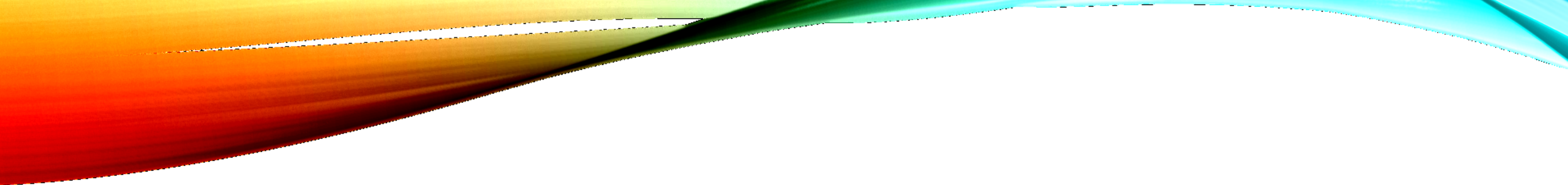


- **ergoterapie zaměřená na poradenství**

- nedílnou součástí je poskytování informací pacientovi i rodinným příslušníkům
 - nabídky služeb a možností, na které má pacient nárok, doporučení ohledně úprav domácího či pracovního prostředí, instruktáže týkající se konkrétního onemocnění (např. význam polohování u imobilních osob a jeho nácvik)
-
- ergoterapie se snaží o plnohodnotné zařazení pacienta do běžného života, do kterého se pacient po propuštění z nemocnice nebo jiného zařízení vrátí

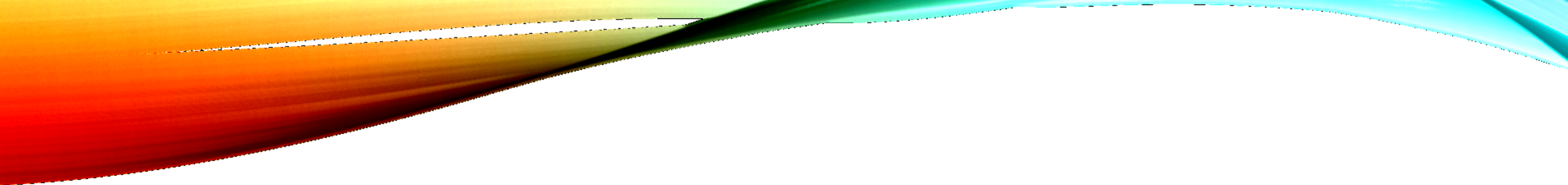
- cílem je obnovení poškozených KF
- vychází z předpokladu plasticity mozku
- ergoterapie pak spočívá v opakovaném nácviku a intenzivním cvičení, které je zaměřeno na určité kognitivní procesy a předpokládá se, že pacient bude schopen zobecnit naučené dovednosti do denních aktivit
- tento přístup má u některých poruch pouze omezený vliv (Thomas, Stonell, 1994)
- podstatou adaptačního přístupu je znovuzískání funkčních dovedností pomocí kompenzace (náhrady ztracené dovednosti) a adaptace prostředí
- hledá různé strategie a techniky, které napomáhají snížit vliv poruchy na provádění ADL
- adaptační přístup je založen na přizpůsobení nebo změně prostředí tak, aby pacient mohl své poruchy kompenzovat
- pacient musí aspoň částečný náhled na svoji poruchu a situaci, být schopen přemýšlet o kompenzačních strategiích a využívat je
- uvědomění poruchy může vyvolat frustraci, ale to pomůže pacientovi naučit se nové strategii
- pozitivní hodnocení přístupu – pacient vidí rychlejší výsledky rehabilitace, rychlejší rehabilitace zkracuje délku hospitalizace
- zácvik pacienta a jeho rodiny je rychlý a nenáročný (Krivošíková, 2006)

- 
- u pacientů po poškození mozku – většinou kombinace somatických, kognitivních, osobnostních, emočních, behaviorálních, sociálních obtíží
 - nutný multidisciplinární přístup
 - do tvorby rehabilitačního plánu nutné zapojit i pacienta a rodinu, výtěžnost je pak mnohokrát vyšší
 - v ideálním případě celý tým spolupracuje, členové se pravidelně setkávají, předávají si informace, postřehy, dojmy skládají to jako puzzle, aby získali co nejpřesnější obraz o pacientovi
 - NPS disponuje diagnostickými nástroji, zjištěná data pomáhají jak jemu, tak i ergoterapeutovi, k vytvoření tréninkového plánu
 - tréninkový plán by se měl vzájemně doplňovat a propojovat
 - důležitá vzájemná komunikace, pestrost, zábavnost a různorodost úkolů – zvětšení motivace

- 
- míra zlepšení a resocializace, včetně pracovního zařazení, závisí na mnoha faktorech – na závažnosti a lokalizaci léze, na psychosociálních faktorech, ošetrovatelské péči, farmakoterapii a chirurgické léčbě, na komplexitě a odbornosti rehabilitace + přístup samotného pacienta, jeho motivace k léčbě
 - silným prediktorem výsledků péče je terapeutický vztah – důležitý předpoklad úspěšné rehabilitace
 - a pokud vidí pacient smysluplnost rehabilitace nejen v každém tréninkovém cvičení, ale také v tom, že je trénink jednotlivých oborů propojen a navazuje na sebe, opět se zvyšuje jeho motivovanost k práci a tím i úspěšnost rehabilitace jako celku



NEUROSTIMULATION

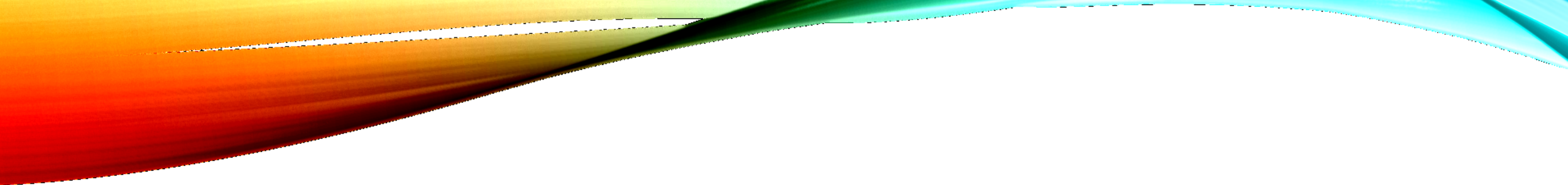
- 
- neurovědci a psychoterapeuti žijí ve dvou vzdálených světech a teprve nedávno se o sebe začali zajímat
 - měl by je spojovat jejich společný zájem o psychické poruchy
 - zájem neurovědců se zintenzivnil zejména po odhalení funkčního významu látkové výměny neurotransmiterů pro psychické poruchy – toto spojilo neurovědy nejdříve s biologicky orientovanou psychiatrií, naděje byly vkládány jednoznačně do farmakologické léčby
 - PST byla nejdříve psychiatry považována za něco podřadného, něco, co je dobré „tak pro psychology“ – k tomu přispěla i zjednodušená představa, že psychické poruchy jsou ve značné míře dědičnou záležitostí
 - postupem času neurovědci objevili abnormní plasticitu mozku, způsobenou vlivy prostředí

- ukazuje se, že na propuknutí manifestního onemocnění má genetika menší vliv, než se předpokládalo, a naopak individuální zkušenost hraje, prostřednictvím exprese genu, roli daleko větší
- ukázalo se, že plasticita mozku působí v obou směrech - podporuje a umožňuje chorobný stav a poškození, nebo se ubírá směrem ke kompenzaci
- od této doby končí neurovědní kroky častěji spekulacemi, jak psychoterapeuticky působit na neuronální struktury a procesy, nebo o tom, jak by se mohla PST vlivem neurovědních poznatků dále rozvíjet
- s neurovědními poznatky nezačíná PST nanovo a neznamená, že čeho doted' dosáhla je zbytečné
- naopak století praktických zkušeností s nejrůznějšími přístupy a postupy zanechalo bohatý fundament znalostí, z něhož je možné dnes vycházet
- nutno zvyšovat znalost psychoterapeutů o výzkum a fungování mozku

- terapeuti jsou na tom obdobně jako psychofarmakologové – mají po ruce arzenál účinných prostředků k ovlivňování pacientů, ale ne vždy je zřejmé, jak léky přesně působí, víme málo o tom, kde přesně působí
- hranice mezi neurovědami a kognitivní psychologií je plynulá – moderní kognitivní psychologie ukazuje, že mozek je zdrojem vnitřní reprezentace vnímaného světa; neurobiologie jasně ukázala, že tyto reprezentace je možné objasnit na úrovni jednotlivých nervových buněk a jejich spojení
- konvergence těchto disciplín poskytuje zcela nové pohledy na fenomény vnímání, učení a paměti (Kandel, 1996)
- kognitivní věda přerostla v afektivní neurovědu – emoce se staly jedním z hlavních předmětů neurovědního výzkumu (Damasio, 2000)
- prolínání psychologie a neurověd pokračuje a bude jednou zahrnovat i obory, u nichž ještě dnes psychologický výzkum převažuje nad neurovědním – např. motivační aspekty psychických procesů

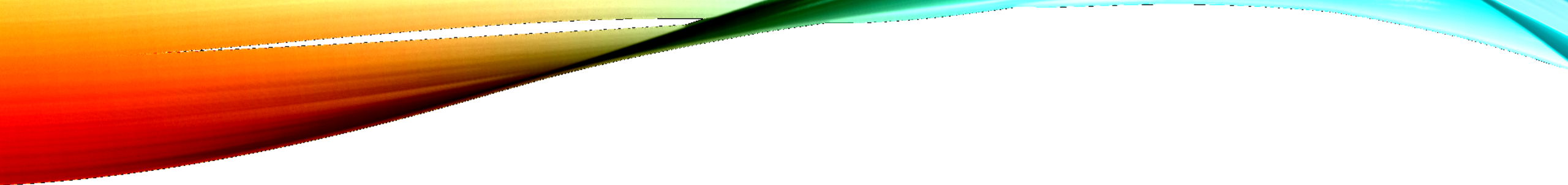
NEUROPSYCHOTERAPIE

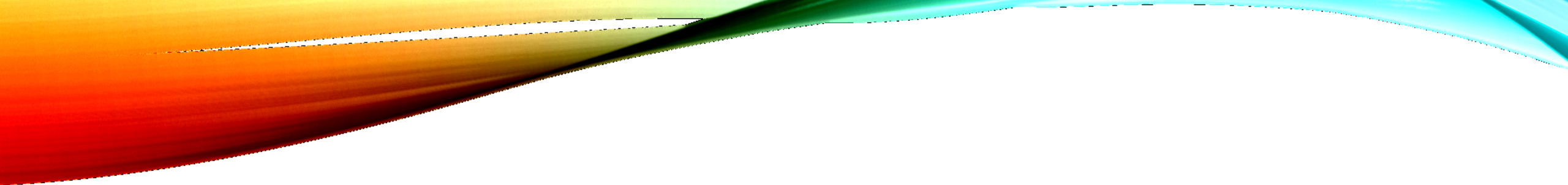
- klade hlavní důraz na neurovědní základy psychoterapie
- usiluje o cílené změny nervové tkáně za pomoci psychoterapeutických postupů
- **širší pojetí** – veškerá PST, protože všechny PST postupy se snaží více či méně úspěšně působit na neurobiologické fce mozku (Bogerts, 1996)
- **užší pojetí** – PST práce se skupinou nebo jedincem (a jeho sociálním okolím) v průběhu a po překonání poškození mozku, ať již působící noxa byla jakékoliv etiologie (poranění mozku, CMP, epilepsie,...) a stav pacienta se vyvíjí pozitivně či negativně

- 
- trvalých změn synaptického přenosu, ležících v základu PST, lze dosáhnout následujícími učebními postupy, které jsou přítomné celoživotně
 - habituace – zeslabení mozkové reakce na podnět netýkající se emocí
 - senzibilizace – posílení mozkové reakce na podnět týkající se emocí
 - klasické podmiňování – spojení podmíněného a nepodmíněného podnětu
 - operantní podmiňování – učení se na základě odměny a trestu
 - kognitivní podmiňování – úprava vzorců chování získáním náhledu
 - procedurální učení – učení se stálým opakováním, např. učení se cizímu jazyku, hře na hudební nástroj
 - deklarativní učení – podržení po jednorázovém vjemu

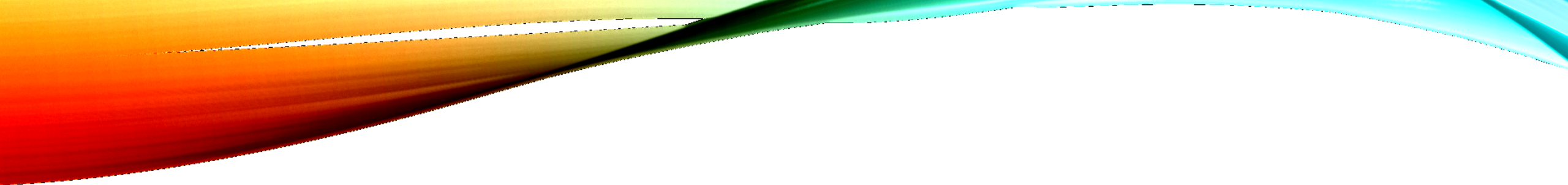
NEUROPSYCHODIAGNÓZA

- u lidí po poškození mozku – největší problém související s indikací PST – nedostatečně upřesněná nebo vůbec nestanovená klinickopsychologická či NPS diagnóza
- často nechuf terapeutů – s odkazem „vše se ukáže na skupině“
- Small (1980) **neuropsychodiagnostické interview** následované projektivním rozhovorem
- anamnéza – 6 hlavních – neurologicky významných oblastí
 - porod, vývoj, vysoká teplota, úrazy hlavy, anestezie, intoxikace
- v projektivním interview doporučuje Small explorovat nejranější paměťově vybavitelný zážitek a s ním spojené pocity, anamnézu snů, nejlepší a nejhorší osobnostní vlastnost, uskutečněná věc (kladná i záporná), prožitek (nejvíce pozitivní i negativní), při možnosti prožít dosavadní život znovu – co změnit, co zachovat; tři přání,....

- 
- sociální percepce
 - sebekontrola a řízení
 - plánování, organizace a iniciace
 - kontrola emocí
 - schopnost učení na základě zkušenosti
-
- Benton (1979) komplex symptomů souvisejících s behaviorální funkčností po mozkovém poškození
 - deficity pozornosti a koncentrace
 - únavnost
 - paměťové nedostatky
 - narušená kontrola emoční modulace
 - osobnostní změny
 - různé formy řečových poruch
 - senzorické deficity (základních i vyšších schopností)

- 
- poškození mozku s sebou nese příznaky, které jsou popisovány v souvislosti s posttraumatickým stresovým syndromem
 - ačkoli jedinec často nemá na traumatickou událost žádnou vzpomínku, nevědomá psychická obrana je pokusem ignorovat posttraumatické změny nebo prožitek traumatu jako celkově destruktivní události, která nezanechala osobě téměř žádnou budoucnost
 - trvalé afektivní vybíjení interferuje se schopností osobnosti integrovat katastrofický zážitek do života, zvládnout běžné konfliktní situace a nashromáždit zkušenosti považované za kladné a posilující

- u selhání adaptace se mohou objevit všechny, nebo jen některé z psychických a fyziologických reakcí (Bartemeier, 1986)
 - iritabilita vůči druhým
 - hypersenzitivita vůči vnímané hrozbě
 - poruchy spánku
 - strach
 - reakce motorického systému – mimovolní útěkové reakce
 - vytlačení emocí z vědomí - psychickými mechanismy, izolací, drogami, ztrátou zájmu o události,...
 - nerozhodnost, zmatenost a problémy v rozhodování
 - psychosomatické reakce – třes, zvracení, průjmy
 - ústup do pasivity s následným inkoherentním, nezvládnutelným a bezohledným chováním
 - agrese, hněv, deprese a chování typu „bojuj, nebo unikni“


- 
- Prigatano (1986) uvádí oblasti, v nichž lze očekávat přínos neuropsychoterapie
 - nabízí model, který pomáhá pacientovi porozumět tomu, co se přihodilo
 - poskytuje pomoc vypořádat se s významem mozkového poškození pro jeho život
 - umožňuje dosažení pocitu přijetí sebe a odpuštění sobě i jiným, již byli případně postiženi
 - napomáhá získání reálné odpovědnosti vůči práci a interpersonálním vztahům
 - učí, jak se chovat v rozličných sociálních situacích, tj. zvyšuje sociální kompetence klienta
 - nabízí specifické behaviorální postupy kompenzace neuropsychologických deficitů
 - pěstuje realistickou víru a naději

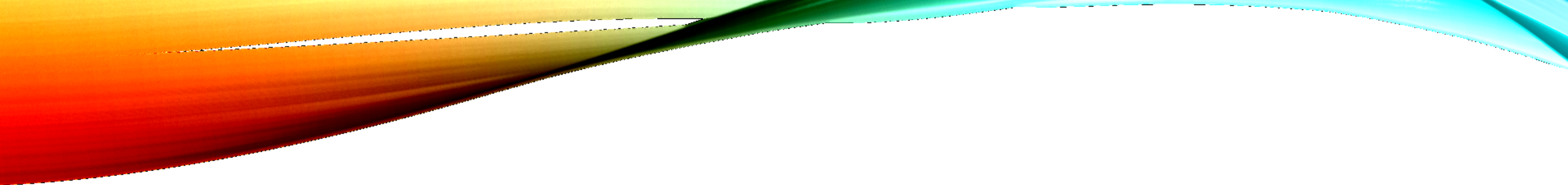
- nečiníme začátek psychoterapie či rehabilitačního programu pro pacienta příliš snadným
 - pacientovi i rodině zdůraznit, že bereme-li my na sebe odpovědnost za práci s jeho problémy, měl by on mít tutéž povinnost - týká se to především účasti na setkáních a dalších požadavků, které z léčby vyplývají
- individuální nebo skupinové psychoterapie - ideální zpočátku individuální PST denně a později skupinová psychoterapie
- plánujeme hlavní body setkání
- dovolíme pacientům ventilovat aktuální „trápení“, ale vrátíme se k hlavním, naplánovaným otázkám
- postupně poskytujeme důležité informace o jejich mozgovém poškození
- během setkání – nejlépe na začátku – oddělíme kognitivní problémy od emocionálních a motivačních
- je-li to možné, máme oddělené hodiny kognitivní terapie a psychoterapie
- první skupinové aktivity se ovšem téměř vždy zabývají kognitivním fungováním
- další se však musí vypořádat také s poruchami osobnostními

- při skupinových setkáních

- nabídneme model osobnostních problémů a učíme pacienty, jak se dají zvládat
- např. zdůrazníme reakce na prostředí, neuropsychologické a charakterové potíže a vždy poskytneme jednoduché vysvětlení, aby je pacienti pochopili a mohlo se s ním dále pracovat
- pro práci se specifickými osobnostními potížemi se snažíme nalézt odpovídající behaviorální techniky
- posílíme uvědomění si deficitů u sebe i ostatních účastníků terapie - je to nejpodstatnější pro přijetí a motivaci ke kompenzaci zbytkových deficitů
- pomůžeme každému poznat, jak jeho osobnostní vlastnosti přispívají k postupu v rehabilitaci
- účastníci terapie se mohou lišit ve schopnosti využít tuto informaci - proto podle stupně porozumění řídíme přípravu „řešení“ v rámci terapeutického vztahu
- upozorníme na sílu skupiny při redukci pocitů osobního diskomfortu a zvýšení pocitů sounáležitosti
- někteří pacienti mohou poukazovat na skutečnost, že se necítí dobře mezi jinými mozkově poškozenými jedinci - obvykle za tím stojí popření schopnosti stát tváří v tvář vlastnímu postižení
- pokud svůj stav akceptují, dávají to najevo navazováním přátelských vztahů s podobně postiženými

- pokusíme se
tak příjemně v rámci skupinových setkání
- souhlas je absolutně nezbytný pro otevřenou práci v terapeutickém prostředí
- filtrujeme informaci a zpětnou vazbu pacientovi v množství, se kterým je schopen pracovat tak, že může začít upravovat sociálně nekompetentní chování
- využíváme při tom behaviorálních modifikačních technik
- nebojíme se užití humoru či metafor při poukazování na skutečnosti, ale nesnižujeme jimi závažnost obav a starostí
 - zde by se měla nejvíce projevit humánnost a profesionalita terapeuta
 - pacient by měl vidět aspekty altruistické péče s hlubokými specifickými znalostmi a ohledem na něho a jemu podobné
- pacienti s poškozením mozku pochopí mnoho, je-li jim to předloženo formou analogií nebo připodobněním (metaforicky)
- je to zvláště důležité u jedinců s narušeným zpracováním informace
- ujasňujeme si problémy, se kterými je zapotřebí pracovat, a pravidelně si zaznamenáváme pokroky v jednotlivých oblastech

- 
- neustále připomínáme sobě i pacientovi, že:
 - budeme bojovat poctivě tváří v tvář pravdě o jeho silné stránky a proti jeho nedostatkům
 - nemáme k dispozici odpovědi na všechno, ale zavazujeme se k pomoci ke změnám tam, kde jen to bude možné
 - v rehabilitaci a psychoterapii neexistují zázraky, ale jen těžká práce
 - budeme-li se cítit my i pacient šťastnými, bude intenzivní úsilí ústít do podstatné změny v přizpůsobení pacienta
 - často zdůrazňujeme, že honba za nedosažitelnou chimérou není tím nejšťastnějším cílem
 - tím je stát se nezávislým, schopným zajišťovat své potřeby a být užitečný
 - jak to formuloval jeden z pacientů: „Mohu pracovat – jsem tedy svobodný.“
 - dalším (sekundárním) cílem je dosažení lásky v interpersonálních kontaktech, pro což terapie nemůže poskytnout žádné záruky

- 
- Rosenthal (1987) upozorňuje na často opomíjenou oblast neuropsychoterapie u pacientů s mozkovým poškozením, kterou je rodina, a předkládá čtyři formy intervence
 - vzdělávání pacienta a rodiny
 - poradenství rodině
 - rodinná terapie
 - rodinné podpůrné skupiny

- neuropsychoterapie se vyčlenila jako specifická oblast psychoterapeutické práce s mozkově poškozenými jedinci
- jejich zvláštnosti, dané především narušením základních kognitivních funkcí – vnímání, pozornosti, paměti, řeči, myšlení, emocí (i celkové osobnosti), jim obvykle brání v plnohodnotné účasti v běžné psychoterapii (potřebují např. mnohem méně verbálně zdatného, ale zato více aktivního terapeuta)
- samozřejmě, že by byla vhodná postupná integrace těchto osob do normálních psychoterapeutických skupin – aspoň v dalších vývojových stadiích po odeznění postakutních příznaků a provedené kognitivní rehabilitaci, ale zatím tomu stojí v cestě také neschopnost či nevhodnost psychoterapeutických škol takové jedince přijímat do svých systémů
- neuropsychoterapie je proto součástí – jednak rámcovou, jednak specifickou – mnoha forem neurokognitivní rehabilitace - ta probíhá individuálně i skupinově
- hlavním cílem je nalézt klientovi přijatelné řešení jeho omezení vyplývajících z mozkového poškození a naučit ho s nimi žít
- velký význam se přikládá práci s rodinou klienta, dětmi, případně dalšími blízkými osobami
- neuropsychoterapie vyžaduje zvláštní výcvik pro práci s osobami, které utrpěly poškození mozku