

2017

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN
INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE

ZAKLJUČNA NALOGA

ZAKLJUČNA NALOGA
DUŠEVNE MOTNJE PO MOŽGANSKI KAPI

CRNIĆ

MARUŠA CRNIĆ

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN
INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE

Zaključna naloga

Duševne motnje po možganski kapi

(Mental illnesses after stroke)

Ime in priimek: Maruša Crnić

Študijski program: Biopsihologija

Mentor: doc. dr. Matej Kravos

Koper, september 2017

Ključna dokumentacijska informacija

Ime in PRIIMEK: Maruša CRNIĆ

Naslov zaključne naloge: Duševne motnje po možganski kapi

Kraj: Koper

Leto: 2017

Število listov: 45 Število slik: 5

Število referenc: 26

Mentor: doc. dr. Matej Kravos

Ključne besede: možganska kap, duševne motnje, depresija, osveščanje, preventiva, pomoč

Izvleček:

Možganska kap je skupek nenadno nastalih motenj v delovanju delov možganov zaradi motenj prekrvavitve. Razlog za možgansko kap je prekinjena preskrba možganov s krvjo ali krvavitev v ta del možganov. Možganska kap pri mnogih bolnikih povzroči številne raznovrstne omejitve, tako fizične kot tudi duševne. Fizične posledice po možganski kapi so običajno prepoznane in v kolikor je to mogoče, zdravljene, za razliko od duševnih motenj, ki pogosto ostanejo neopažene, neprepoznane in nezdravljene. Prisotnost duševnih motenj pri bolnikih povzroči poslabšano kvaliteto življenja, zato je pomembno, da se jih opazi ter bolnikom poišče pomoč.

Namen mojega zaključnega dela je raziskovanje in ozaveščanje o pogostosti, raznovrstnosti, značilnostih in resnosti pojavljanja duševnih motenj po možganski kapi.

Cilji zaključne naloge so pogostejša prepoznava duševnih motenj po možganski kapi, iskanje pomoči s strani bolnikov, ukrepanje ter ozaveščanje o načinih preprečevanja možganske kapi v prihodnosti.

Če bi bili ljudje bolje ozaveščeni o pogostosti, resnosti in značilnostih duševnih motenj po možganski kapi, bi bili nanje bolj pozorni, več bi jih opazili in več bolnikov bi bilo zdravljenih.

Key words documentation

Name and SURNAME: Maruša CRNIĆ

Title of the final project paper: Mental illnesses after Stroke

Place: Koper

Year: 2017

Number of pages: 45 Number of figures: 5

Number of references: 26

Mentor: Assist. Prof. Matej Kravos, PhD

Keywords: stroke, mental illnesses, depression, informing, prevention, treatment

Abstract:

A stroke is a set of suddenly developed disorders in functioning parts of the brain caused by irregular or interrupted blood circulation. The reason for stroke is obstructed supply of blood or bleeding into a part of the brain. Many of the people affected by stroke experience different limitations both physical and mental. The physical aspects of the problems are usually recognised and diagnosed so they can be treated, while the mental problems usually go unnoticed, undiagnosed and untreated. Living with a mental disability leads to a declining quality of patient's life so it's imperative they are recognised and treated. The purpose of my final work is to research and raise awareness about frequency, variability, characteristics and severity of mental disorders after a stroke. The goal of this work is more common recognition of the disorders that follow a stroke so more patients are able to identify the symptoms to seek help for themselves. In addition, this paper can be used for information that helps prevent stroke and stroke related disorders. After a stroke majority of people with stroke related mental disorders do not receive professional help, their disorders are not diagnosed nor have they received testing or observations. If they were better informed, the disorders would be recognised sooner and more frequently (by the patients, their families, or the professionals). If people were better informed about the mental disorders after a stroke, they would be more attentive of the symptoms so more of them would be recognised and treated.

ZAHVALA

Zahvaljujem se svojemu mentorju, doc. dr. Mateju Kravosu, ki je dobrovoljno sprejel moje povabilo k sodelovanju in ki je bil skozi proces nastajanja diplomskega dela vedno zelo odziven ter me je informiral o vsem, kar sem morala vedeti. Zahvaljujem se svoji mami, ki mi je iz knjižnice redno dostavljala knjige, četudi peš. Zahvaljujem se svojemu očetu, ki je vseskozi verjel vame. Zahvaljujem se Janji za računalniške nasvete in dobre živce. In zahvaljujem se vsem prijateljem, ki so me prenašali in spodbujali v tem obdobju pestrega tempa in nihanja razpoloženja.

KAZALO VSEBINE

1	UVOD	1
2	MOŽGANSKA KAP (cerebrovaskularni inzult).....	2
2.1	Pomen duševnosti za kakovost življenja po možganski kapi	6
2.2	Pomen in funkcijska asimetrija leve in desne možganske poloble (hemisfere).....	7
2.3	Vpliv specifičnih možganskih režnjev na različne duševne procese	8
2.3.1	Čelni ali frontalni reženj	8
2.3.2	Temenski ali parietalni reženj.....	9
2.3.3	Senčni ali temporalni reženj	10
2.3.4	Zatilni ali okcipitalni reženj.....	10
3	DUŠEVNE MOTNJE PO MOŽGANSKI KAPI.....	11
3.1	Depresija	12
3.2	Anksiozne motnje	17
3.3	Manija	18
3.4	Psihoza.....	19
3.5	Demenca	19
3.6	Spremembe osebnosti	21
3.7	Emocionalizem (čustvena izraznost, čustveno labilna motnja)	22
3.8	Delirij.....	22
4	OSVEŠČANJE.....	24
4.1	Kakovost življenja oseb po možganski kapi	26
5	PREVENTIVA.....	28
5.1	Preventivni pregled na primarni ravni	29
5.2	Sekundarna preventiva	29
5.3	Terciarna preventiva (trajno ali akutno zdravljenje)	30
6	POMOČ.....	31
6.1	Psihoterapija.....	31
6.2	Biološke metode zdravljenja (medikamentozno zdravljenje).....	32
6.2.1	Zdravljenje duševnih motenj z zdravili	33
6.2.1.1	Najpogosteje uporabljene skupine zdravil	33
6.3	Pomen socialnih odnosov	35
7	SKLEPI	37
8	LITERATURA IN VIRI	38

KAZALO SLIK

<i>Slika 2.1.</i> Možganska kap zaradi strdka (povzeto po Kolb, Whishaw, 2003).	2
<i>Slika 2.2.</i> Možganska kap zaradi krvavitve (povzeto po Kolb, Whishaw, 2003).....	3
<i>Slika 2.3.</i> Možganski režnji in nekatera pomembna možganska področja (povzeto po Kolb, Whishaw, 2003).....	9
<i>Slika 3.1.</i> Pogostost depresije/apatije po možganski kapi (povzeto po Hama, Yamashita, Yamawaki in Kurisu, 2011).....	16
<i>Slika 4.1.</i> GROM, kratek opis vidnih značilnosti možganske kapi (povzeto po Društvo za preprečevanje možganskih in žilnih bolezni, 2012).	25

1 UVOD

Možganska kap je skupek nenadno nastalih motenj v delovanju delov možganov zaradi motenj prekrvavitve, ki se lahko kažejo kot ohromelost, motnje govora, spremembe ali izgube občutkov, vida, ravnotežja ali kot nespretnost (Grad, Povše Trojar, 2007). Razlog za možgansko kap je prekinjena preskrba možganov s krvjo ali pa krvavitev v ta del možganov (Grad, Povše Trojar, 2007).

Možgani imajo mnogo najrazličnejših funkcij: človekovo zavedanje sebe in sveta, presojanje, odzivanje. Za ohranjanje vseh teh funkcij pa morajo biti možgani primerno razviti in nepoškodovani (Radonjič-Miholič, 2007).

Duševne motnje po možganski kapi lahko močno obremenijo in spremenijo življenje bolnika in njegovih bližnjih. Pojavijo se lahko kot širok spekter različnih motenj razpoloženja, psihotičnih motenj in motenj spoznavnih sposobnosti (Kogoj, 2013). Najpogostejša duševna motnja, ki se pojavi pri bolnikih po možganski kapi, je depresija, ki prizadene 30 % ljudi, ki jih zadene možganska kap. Problem je, da delež depresivnih bolnikov ostane nediagnosticiran ali neustrezno zdravljen, depresija pa močno negativno vpliva na pacientovo sodelovanje v zdravljenju in izboljšanju stanja (Clark, Gillham, 2011). Ker je duševno zdravje del splošnega zdravja posameznika, je pomembno delovati na preprečevanju negativnega duševnega zdravja (duševnih motenj), in sicer s krepitevijo pozitivnega duševnega zdravja.

Namen mojega zaključnega dela je raziskovanje in ozaveščanje o pogostosti, raznovrstnosti, značilnostih in resnosti pojavljanja duševnih motenj po možganski kapi.

Cilji zaključne naloge so pogostejša prepoznava duševnih motenj po možganski kapi, iskanje pomoči s strani bolnikov, ukrepanje (s strani bolnikov samih, njihovih bližnjih in strokovnjakov, s katerimi prihajajo v stik) ter ozaveščanje o načinih preprečevanja možganske kapi v prihodnosti.

Večina ljudi z duševno motnjo po možganski kapi ne prejema strokovne pomoči, duševne motnje niti nimajo diagnosticirane, niso bili deležni opazovanja ali testiranja. Če bi se ljudi bolje informiralo o duševnih motnjah po možganski kapi, bi bile tudi prej in pogosteje opažene (s strani bližnjih, bolnikov samih, strokovnjakov).

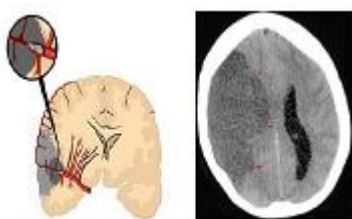
Če bi bili ljudje bolj ozaveščeni o pogostosti, resnosti in značilnostih duševnih motenj po možganski kapi, bi bili nanje bolj pozorni, več bi jih opazili in več bolnikov bi bilo zdravljenih. Menim, da je o omenjeni tematiki javnost potrebno ozavestiti, saj bomo s tem pripomogli k boljšemu počutju mnogih ljudi (ki kljub potrebi niso zdravljeni). Ker je najpogostejša duševna motnja po možganski kapi depresija, bi se ob večjem številu zdravljenih bolnikov z depresijo verjetno zmanjšal tudi delež samomorilnih bolnikov, torej smrtnost bolnikov po možganski kapi.

2 MOŽGANSKA KAP (cerebrovaskularni inzult)

Možganska kap je skupek nenadno nastalih motenj v delovanju delov možganov zaradi motenj prekrvavitve, ki se lahko kažejo kot ohromelost, motnje govora, spremembe ali izgube občutkov, vida, ravnotežja ali kot nespretnost (Grad, Povše Trojar, 2007). Razlog za možgansko kap je prekinjena preskrba možganov s krvjo (ishemična možganska kap) ali pa krvavitev v ta del možganov (hemoragična možganska kap) (Grad, Povše Trojar, 2007).

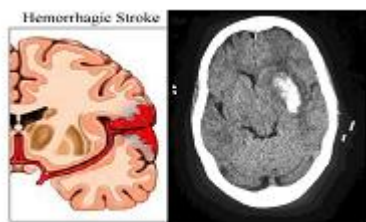
Najpogostejša možganska kap je ishemična možganska kap (80–90 % kapi), ki je posledica zapore možganske arterije s krvnim strdkom. Posledica zapore je zmanjšana preskrba s kisikom v prizadetem predelu možganov. Zaradi pomanjkanja kisika možganske celice odmirajo (Grad, Povše Trojar, 2007).

Do zamašitve možganske žile lahko pride zaradi spremenjene možganske arterije (ateroskleroza). Strdek oziroma tromb, ki zamaši žilo, nastane tako, da se na hrapavo aterosklerotično spremenjeno arterijo prilepijo krvne ploščice (trombociti). Najpogosteje strdek (tromb) nastane na vratu, kjer se razcepijo velike arterije (karotide). Strdek se odtrga in potuje s krvjo do ožjih arterij v možganih. Tam se zagodzi in s tem zamaši možgansko arterijo. Pojav se imenuje arterijsko–arterijelna trombembolija (oziroma cerebralna tromboza), katere posledica je ishemična možganska kap (Grad, Povše Trojar, 2007). Ishemična možganska kap je lahko tudi posledica strdka, ki nastane v srcu. Vzrok je lahko motnja srčnega ritma ali umetne srčne zaklopke. Strdek v tem primeru nastane v srcu, nato potuje do možganov, kjer povzroči krvavitev. Pojav se imenuje kardio(tromb)embolija (oziroma cerebralna embolija), posledica pa je ishemična možganska kap (Grad, Povše Trojar, 2007).



Slika 2.1. Možganska kap zaradi strdka (povzeto po Kolb, Whishaw, 2003).

Hemoragična možganska kap je redkejša od ishemične (10–20 % kapi). Vzrok je lahko krvavitev v možganih (intracerebralna krvavitev) ali subarahnoidna krvavitev (če krvna žila na površju možganov krvavi v predel med možgani in lobanjo). Najpogostejši vzrok znotrajmožganske (intracerebralne) krvavitve je zvišan krvni tlak. Zaradi povišanega krvnega tlaka žile postanejo toge, njihove stene razpokajo in na teh mestih se nalagajo različni odpadni materiali. Žile sčasoma popustijo (se natrgajo ali počijo), posledica je krvavitev (Strgar Hladnik, 2009).



Slika 2.2. Možganska kap zaradi krvavitve (povzeto po Kolb, Wishaw, 2003).

Vzrok najredkejše oblike kapi je zamašitev žile, ki prehranjuje hrbtenjačo. Posledica je takojšnja ohromelost obeh spodnjih okončin.

Če so posledice možganske kapi le začasni, nekajurni simptomi (obrazna ohromelost, šibkost v roki), je bolnik utrpel prehodni ishemični napad ali mini kap (TIA), ki pa je pomemben dejavnik tveganja za ponovitev kapi (Švigelj, 2013).

Možganska kap je v razvitem svetu najpogostejši vzrok invalidnosti. Ne prizadene le bolnika, ampak tudi svojce, zdravstveno službo in celotno družbo. V Sloveniji možgansko kap letno doživi približno 4.500 novih bolnikov (Grad, Povše Trojar, 2007). Pogostejši nastanek možganskih kapi je povezan z dejavniki tveganja. Na tiste dejavnike tveganja, ki so povezani z dednostno zasnovano (s starostjo, spolom in raso), ne moremo vplivati, lahko pa vplivamo na premajhno fizično aktivnost, kajenje, visok krvni tlak, debelost, sladkorno bolezen, čezmerno uživanje alkohola in zvišane vrednosti maščob v krvi (Grad, Povše Trojar, 2007).

Z zdravim načinom življenja in zdravljenjem dejavnikov tveganja (primarna preventiva) lahko zmanjšamo možnost prve možganske kapi, vendar sta tudi, če je bolnik že doživel možgansko kap, pomembni preprečevanje ponovitve (sekundarna preventiva) in socialna rehabilitacija po kapi, ki zmanjša tveganje za ponovno možgansko kap ter pozitivno vpliva na duševno stanje bolnika (Grad, Povše Trojar, 2007).

Možganska kap je bolezen možganov kot posledica motnje možganskega krvnega obtoka. Motnja možganskega krvnega obtoka nenadoma povzroči motnje delovanja tistih funkcij oziroma predelov možganov, ki jih je oskrboval bolezensko prizadeti del. Najbolj pogoste so fizične omejitve in kognitivni upad, pogosto pa se pri bolnikih pojavijo še duševne motnje, ki lahko pogosto ostanejo neopažene in nezdravljene, močno pa vplivajo na življenjsko funkcioniranje in (ne)zadovoljstvo posameznika ter na izboljšanje zdravstvenega stanja v prihodnosti (Grad, Povše Trojar, 2007).

Ker možgani nimajo nikakršne energetske rezerve (kot jo imajo mišice), so popolnoma odvisni od nenehnega dotoka krvi, obogatene s kisikom in hranili. Motnja možganskega krvnega obtoka zato nenadoma povzroči motnje delovanja tistih funkcij ali organov, ki so pod nadzorom oškodovanega dela možganov (Grad, Povše Trojar, 2007).

Najpogostejši simptomi kapi:

- otrplost ali šibkost (hemipareza) ali ohromelost (hemiplegija) predvsem na eni strani telesa,
- togost mišic in sklepov (spastičnost) na eni strani,
- težave s hojo (zaradi omotice, izgube ravnotežja ali koordinacije),
- povešenost obraznih mišic,
- zmedenost ali težave pri govoru ali razumevanju govora ter pri pisanju in branju (afazija),
- težave z vidom na enem ali obeh očesih,
- težave z zaznavanjem (predvsem s presojanjem razdalje, globine, gibanja ali prepoznavanjem prej poznanih predmetov),
- spremembe v duševnih procesih (učenje, koncentracija, spomin, sprejemanje odločitev, sklepanje in načrtovanje),
- depresija, tesnoba, nizka samopodoba, izguba samozavesti, druge duševne motnje (Švigelj, 2013).

Znaki možganske kapi so odvisni od predela, ki ga s krvjo, kisikom in hranili preskrbuje določena možganska arterija. Ob prizadetosti motoričnih predelov možganov (torej tistih, ki nadzirajo gibanje), bo bolnik trpel za mišično oslabeledostjo oziroma ohromelostjo (parezo). V omenjenem primeru lahko bolnik moteno, vendar vsaj malo nadzoruje svoje gibe. V primeru popolne ohromitve, torej ob popolni nezmožnosti krčenja mišic (izvajanja gibov), se stanje imenuje plegija. Prizadet je lahko katerikoli del telesa, vendar je najpogostejša in najopaznejša oškodovanost okončin. Najpogostejša posledica možganske kapi je hemipareza (oslabeledjenost zgornje in spodnje okončine na eni strani telesa), neredko prihaja do hemiplegije (popolna ohromelost ene strani telesa). Vizualno opazna je tudi oslabeledlost obraznih mišic (povešen ustni kot). Prizadeti udi včasih niso šibki, ampak okornejši, posebej v zapestju in prstih rok (Grad, Povše Trojar, 2007).

Bolnik ne bo zaznal dotika ali draženja na prizadeti strani telesa v primeru, da je prizadet predel možganov, kjer se zbirajo in analizirajo občutki iz telesa (temenski predeli možganov). Taka neobčutljivost za čutne dražljaje se imenuje anestezija oziroma analgezija. Če je prizadetost možganskih predelov blažja, bodo ti občutki le zmanjšani (hipesteziija, hipalgezija) ali drugačni (dizestenzija). Spremenjene občutke bolniki pogosto zaznajo kot mravljinčenje (parasteziija). Posledice možganske kapi so mravljinčenje po obeh okončinah na isti strani telesa, torej ali po desni strani obraza in obeh levih okončinah, ali po levi strani obraza in levih okončinah. Mravljinčenje v prstih obeh rok ni posledica možganske kapi (Grad, Povše Trojar, 2007).

Kadar je prizadeto možgansko področje, pomembno za govor, bo imel bolnik motnje govora (afazija). Poznanih je več vrst afazij: motorična oziroma Brokova afazija, senzorična oziroma Wernickejeva afazija, globalna afazija.

Za motorično (Brokovo, netekočo, ekspresivno) afazijo je značilno, da bolnik dobro razume govor, vendar ima težave s produkcijo govora. Kaže se z netekočim govorom, ki je za bolnika naporen. Okvarjen je Brokov predel v možganih, ki se nahaja v frontalnem režnju dominantne hemisfere (določena glede na ročnost; pri desničarjih je običajno dominantna leva hemisfera). Bolniki, ki trpijo za motorično afazijo, imajo težave z artikulacijo, iskanjem besed in tekočim govorom, kljub temu, da vedo, kaj želijo povedati (Grad, Povše Trojar, 2007).

Senzorična afazija (Wernickejeva, receptivna, tekoča afazija) se kaže z nerazumevanjem govora (prebranega) ali z motenim razumevanjem govora (prebranega). Bolnik govori tekoče in z lahkoto, ampak je njegov govor nerazumljiv in nesmiseln, saj tvori nerazumljive in nesmiselne stavke, uporablja napačne besede in podobno. Bolniki ponavadi ne zaznavajo svojega govora kot nesmiselnega. Pri senzorični afaziji je okvarjen predel v možganih, imenovan Wernickejev predel, ki se nahaja v senčnem (temporalnem) režnju prevladujoče poloble (Grad, Povše Trojar, 2007).

Globalna afazija je nezmožnost vseh funkcij govora, razumevanja in pisanja. Bolnik ne zmore pisati (agrafija), brati (aleksija), se izražati, v motnjo pa je zajeta tudi besedna gluhost (nezmožnost prepoznati ali ponoviti besede).

Prevladujočo hemisfero pri posamezniku določimo na podlagi ročnosti (ali je desnični, levični). Pri večjem delu desničnih (večina) je prevladujoča (dominantna) leva hemisfera, saj gre za križanje motoričnih povelj iz možganov. Center za govor se nahaja v dominantni hemisferi možganov, torej je center za govor pri desničnih posameznikih običajno v levi hemisferi (Grad, Povše Trojar, 2007).

Pri bolnikih po možganski kapi je pogosto prizadeta vidna pot, saj so vidni centri lokalizirani v zatilnem režnju velikih možganov in morajo zato vidni impulzi potovati po skoraj vsej polobli velikih možganov. Če je po kapi oškodovana ena hemisfera možganov, je posledično prizadeta leva ali desna polovica vidnega polja (ali le del). Ob poškodbi možganskega debla, kjer se nahajajo jedra možganskih živcev, ki nadzirajo gibanje očesnih zrkel, bolnikovo gibanje očesnih zrkel ni skladno, kar se pri bolniku odraža kot dvojna slika videnih predmetov (diplopija) (Grad, Povše Trojar, 2007).

Oškodovanost malih možganov ima lahko različne posledice, kot so ataksija (nespretno izvajanje gibov), motnje izgovorjave oziroma artikulacije (disartrija) in motnje požiranja (disfagija).

Poleg zgoraj opisanih okvar kot posledic možganske kapi se redkeje pojavljajo tudi mnoge druge: motnje računanja, prepoznave znanih obrazov, poimenovanja predmetov, uporabe tujega jezika, poimenovanja delov telesa in mnoge druge (Grad, Trojar, 2007).

2.1 Pomen duševnosti za kakovost življenja po možganski kapi

Kljub temu, da je možganska kap pogosta in med ljudmi dokaj poznana, se neredko zgodi, da je ne prepoznajo, ko jih prizadene. Preden posamezniki poiščejo pomoč, neredko mine nekaj časa, ali pa se celo ne strinjajo z bližnjimi, ko jih ti prepričujejo k obisku zdravnika (Radonjič-Miholič, 2007).

Možgani imajo mnogo najrazličnejših funkcij: človekovo zavedanje sebe in sveta, presojanje, odzivanje. Za ohranjanje vseh teh funkcij pa morajo biti možgani primerno razviti in nepoškodovani (ohranjeni) (Radonjič-Miholič, 2007).

Okrevanje po možganski kapi, tako fizioloških kot duševnih lastnosti in oškodovanosti, traja dalj časa, izboljšanje se ne zgodi iz danes na jutri. Pomembna je vztrajnost bolnika in spodbude bližnjih. Če je proces okrevanja dopolnjen z ustreznimi terapijami, doseže višjo stopnjo oziroma so izboljšanja opazna v večji meri. K izboljšanju stanja po možganski kapi prispeva učenje novih vzorcev vedenja. Zaradi tega je dostopnost rehabilitacije bolnikom po možganski kapi zelo pomembna. Aktivnost za okrevanje po kapi mora biti primerno razporejena. Izjemnega pomena je, da se aktivnost postopoma povečuje, torej da se počasi povečuje zahtevnost in trajanje aktivnosti. Previsoka aktivnost ni nič bolj ugodna kot pasivnost (Radonjič-Miholič, 2007).

Potrebno se je zavedati, da so pri bolnikih po možganski kapi in njihovem okrevanju pogosta nihanja sposobnosti. Kar posameznik v določenem trenutku zmore povsem samostojno, včasih v naslednjem trenutku ne bo več zmožen obvladovati ali izvajati. Nihanja sposobnosti so pogostejša v začetnem obdobju po nastanku kapi, ni pa redko, da so nihanja prisotna tudi v kasnejših obdobjih (Radonjič-Miholič, 2007).

Duševne sposobnosti okrevajo na podoben način; tudi če bolnik po določenem času okrevanja doseže nekdanjo raven duševnih sposobnosti, je ta manj stabilna. Mnogo več kot prej je dejavnikov, ki vplivajo na bolnikove zmogljivosti in zmanjšajo njegovo učinkovitost. Hitro se zmedejo ob spremembah, nanje se tudi težje prilagajajo, uspešnejši pa so v poznanih in predvidljivih situacijah. Dejavniki, ki zlahka zmotijo bolnika po možganski kapi in znižajo njegovo učinkovitost, so številni: vznemirjenost, utrujenost, nenapovedane spremembe, časovni pritisk. Težave, ki so že minile, se lahko v stresnih situacijah ali neprijetnih okoliščinah spet obudijo in ovirajo bolnika pri aktivnostih. Dolgotrajnejši stres močno vpliva na okrevanje, ga zmanjša in upočasni. Možganska kap pri nekaterih posameznikih pospeši procese staranja (Radonjič-Miholič, 2007).

Možganska kap poškoduje možgane in s tem spremeni kognitivne zmožnosti in duševne sposobnosti posameznika. Spremeni se bolnikovo doživljanje samega sebe, lahko se poslabša presoja različnih situacij. Bolniki po možganski kapi svoje zmožnosti neredko precenjujejo in se podajajo v nevarne tvegane situacije ali pa se pasivno umaknejo sami vase (Radonjič–Miholič, 2007).

Osebnost je razmeroma trajna celota duševnih, vedenjskih in telesnih značilnosti (Museum, 1977). Vsak posameznik ima univerzalno, enkratno in neponovljivo osebnost, ki ga vodi in predstavlja skozi vse življenje. Načeloma se ne spreminja zelo. Osebnost sestavljajo sposobnosti posameznika, njegove vrednote, način življenja, mišljenje, temperament in značaj. Po možganski kapi se osebnost bolnika v večji meri ne spremeni, značilne osebnostne lastnosti bodo ohranjene in prepoznavne. Zaradi posledic sprememb v možganih po kapi pa lahko nekoliko popusti samokontrola (pride do dezinhibicije). Takrat ljudje ne zavirajo določenih impulzov in odzivov ali niso sposobni odzivov omejiti na določen čas in kraj ter zato postanejo določene osebnostne poteze še izrazitejše in prepoznavne (Radonjič–Miholič, 2007).

2.2 Pomen in funkcijska asimetrija leve in desne možganske poloble (hemisfere)

Možganski polobli (hemisferi) imata različne vloge pri psihičnih procesih, specializirani pa sta le do določene mere. Kljub temu obstajajo razlike med posamezniki. Možganski centri za čutenje in gibanje (motoriko) se nahajajo simetrično zrcalno v obeh hemisferah. Možganski predeli leve hemisfere sprejemajo dražljaje in uravnavajo gibanje (motoriko) po desni strani telesa, medtem ko zrcalni predeli v desni hemisferi sprejemajo dražljaje in uravnavajo gibanje (motoriko) po levi strani telesa (Radonjič–Miholič, 2007).

Govorni center bi se naj pri 95 % desničarjev nahajal v levi možganski hemisferi, torej pri večini desničarjev, medtem ko ima po ocenah strokovnjakov 15–20 % levičarjev ter 5 % desničarjev govorni center lokaliziran v desni hemisferi možganov (Radonjič–Miholič, 2007).

Leva hemisfera možganov ima običajno pomembnejšo vlogo na področju govornih sposobnosti (branje, pisanje, razumevanje), pri računskih operacijah, omogoča zaporedno obdelavo informacij in logično razmišljanje (Radonjič–Miholič, 2007).

Desna hemisfera možganov ima večjo vlogo pri prepoznavanju obrazov, prostorskih sposobnostih, pri sočasnem obdelovanju informacij, glasbenih sposobnostih, pri miselnih operacijah sinteze (povezovanja).

Depresija bi se naj po rezultatih nekaterih študij pogosteje pojavljala pri bolnikih s poškodbo leve hemisfere. Kadar je poškodba možganov bližje čelnim (frontalnim) predelom, pa bi naj bili simptomi depresije izrazitejši (Radonjič–Miholič, 2007).

2.3 Vpliv specifičnih možganskih režnjev na različne duševne procese

Večji del možganov sestavljata leva in desna polobla (hemisfera). Povezujejo ju številne povezave. Vsaka polobla (hemisfera) je sestavljena iz štirih režnjev. Ti so med sabo razdeljeni z žlebovi. Možganski režnji, sestavljajoči deli možganskih hemisfer, so: čelni (frontalni), temenski (parietalni), senčni (temporalni) in zatilni (okcipitalni) reženj (Radonjič–Miholič, 2007).

Posledice okvar različnih možganskih področij se med seboj razlikujejo. Poškodovanost specifičnih področij možganske skorje (čelnih, senčnih in temenskih režnjev) povzroči različne motnje na področjih govora, gibanja, spomina, vedenja in čustvovanja (Radonjič – Miholič, 2007).

2.3.1 Čelni ali frontalni reženj

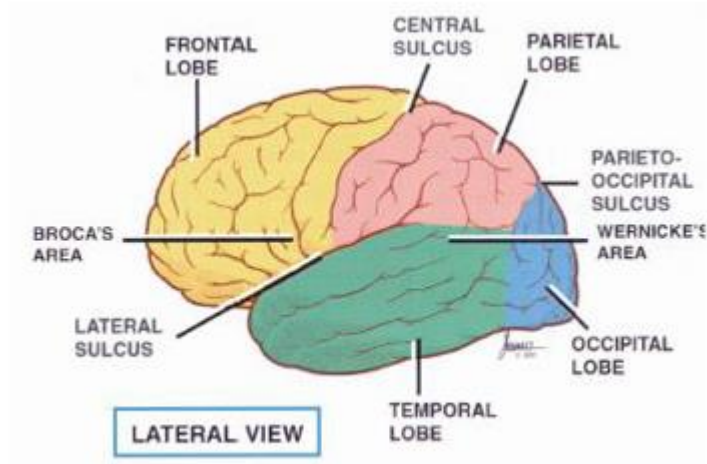
Čelni (frontalni) reženj se nahaja v sprednjem, čelnem predelu možganov in zajema največji del hemisfer. Ima osrednjo vlogo pri številnih pomembnih duševnih procesih: pri čustvovanju, načrtovanju, abstraktnem mišljenju in samokontroli (zaviranju impulzivnosti) (Radonjič–Miholič, 2007). Predeli čelnega režnja nadzorujejo, uravnavajo in spodbujajo gibanje (motoriko). Sprednje območje frontalnega režnja ima vlogo v časovni organizaciji vedenja in nam omogoča sproti zapis že opravljenega (kratkotrajni, začasni, delovni spomin) (Kolb, Whishaw, 2003).

Po poškodbi čelnih predelov možganov imajo bolniki pogosto težave z načrtovanjem vedenja in organizacijo, slabše zavirajo svoje impulze oziroma težje nadzorujejo, uravnavajo in prilagajajo čustva in vedenje ter se lahko posledično vedejo nekontrolirano, neobvladano in neprimerno. Nove informacije pozabljajo sproti, posledice predvidevajo pomanjkljivo ali sploh ne, slabše presojuje družbene situacije, težje ostanejo zbrani dalj časa. Motnje tekočega govora se pojavijo ob oškodovanosti levega čelnega režnja (Brokova oziroma netekoča afazija), pri poškodbi desnega čelnega režnja pa se lahko pri bolnikih pojavi pomanjkljiva spontanost pri oblikovanju besed (Radonjič–Miholič, 2007).

Okvare možganske skorje na področju čelnega režnja lahko povzročijo mnogo različnih motenj:

- na področju gibanja so opazne motnje načrtovanja gibanja, izguba fine motorike, oslabšano preiskovanje prostora z očmi,

- slabše tvorjenje miselnih strategij, možna redukcija besed (bolj boren govor, pogoste perseveracije oz. ponavljanja),
- možnost prizadetosti spomina (desni reženj odgovornejši za neverbalno gradivo, levi reženj odgovornejši za verbalne informacije),
- spremembe na področju vedenja, ki so bolj opazne in moteče posledice možganskih poškodb. Bolniki ne zmorejo razbrati iz okolja, kakšno vedenje je primerno v dani situaciji in kakšno ne, kar pogosto vodi v neprimerno, neodgovorno vedenje, ki slabše sledi družbenim pravilom. Bolniki s poškodbami čelnih predelov se pogosteje spuščajo v nevarne nepredvidljive situacije,
- prizadetost orbitofrontalnih predelov prefrontalnega korteksa povzroči zmanjšano zaviranje pri spolnem vedenju, oškodovanost dorzolateralnih predelov prefrontalnega korteksa pa vodi do redukcije spolnega vedenja (Kolb, Whishaw, 2003).



Slika 2.3. Možganski režnji in nekatera pomembna možganska področja (povzeto po Kolb, Whishaw, 2003).

2.3.2 Temenski ali parietalni reženj

Temenski (parietalni) reženj je pomembno povezan s senzoriko (zaznavanjem). Proces zaznavanja dotika in njegovega povezovanja s slušnimi ali vidnimi občutki potekajo v primarni senzorični skorji. Tako se posameznik zaveda svojega telesa in lastnega položaja v prostoru. V temenskem režnju se torej zbirajo telesni občutki in oblikujejo se telesne zaznave, poleg tega pa je reženj odgovoren za sistem dojemanja prostora ter ima pomembno vlogo tudi pri kratkotrajnem spominu. Dominantna stran temenskega predela je pomembna za razumevanje govora, nedominantna stran pa povezuje vidne in proprioceptivne občutke (omogočajo upravljanje telesa in predmetov; vemo, kje so deli našega telesa, ne da bi jih gledali) (Radonjič–Miholič, 2007).

Ob okvari temenskega režnja so možne posledice številne in zelo različne. Kadar je okvarjen levi predel temenskega režnja, se lahko pri bolniku pojavijo motnje govora, pisanja, branja, računanja ali zamenjava strani levo – desno.

Kadar je okvarjen desni predel temenskega režnja, se pri bolnikih lahko pojavijo motnje na področju prostorske organizacije, kot na primer: zanemarjanje oziroma neglekt leve strani v prostoru, slabša zaznava leve polovice telesa, neprepoznavanje ali ignoriranje težav. Bolniki s poškodbami desnega predela temenskega režnja lahko imajo veliko težav v vsakodnevem življenju z najosnovnejšimi opravki. Preglavice jim povzročajo oblačenje, gibanje po prostoru (lahko se zaletijo v levo stran vrat), hranjenje (lahko zbijejo stvar z leve strani mize), branje (lahko spregledajo začetek vrstice) in osebna higiena (lahko spregledajo levo polovico obraza pri britju) (Radonjič–Miholič, 2007).

2.3.3 Senčni ali temporalni reženj

Možganska skorja senčnih predelov je pomembno vpletena v zaznavanje in dojetje vidnih in slušnih signalov, ohranjanje čutnih informacij in pridruževanju čustvene komponente čutnim zaznavam (Radonjič–Miholič, 2007). Senčni reženj ni samo vir informacij, pač pa ima tudi pomembno vlogo pri čustvovanju in spominu. Obstaja funkcionalna asimetrija senčnih režnjev, vendar ta ni popolna. Pri oškodovanosti obeh senčnih režnjev so posledice obsežne tako na področju spomina kot tudi na področju osebnosti. Poškodovanost le enega senčnega režnja povzroči nekoliko blažje okvare (Kolb, 2003). Kadar so okvarjeni senčni predeli možganov, lahko prihaja do motenj slušnega zaznavanja, razumevanja govora, selektivne pozornosti pri poslušanju (ki nam omogoča, da se osredotočimo na določen zvok, medtem ko drugega preslišimo, npr. govor sogovornika ob glasnem hrupu), dolgotrajnega spomina, spolnega vedenja (zmanjšanje ali opuščanje), možne so spremembe čustvovanja in vedenja (Radonjič–Miholič, 2007). Med pomembne posledice okvar senčnih režnjev spadajo opazne osebnostne spremembe, kot so egocentrizem, paranoidnost, nagnjenost k agresivnemu odzivanju (Kolb, Whishaw, 2003).

2.3.4 Zatilni ali okcipitalni reženj

Poškodbe zatilnih predelov možganov povzročajo težave pri zaznavanju (percepcija) in pri prepoznavanju vizualnih dražljajev. Pri okvari zatilnega režnja dominantne poloble bolnik utrpri za optično agnozijo, ko oseba ne zmore prepoznati vidnega. Kadar je okvarjena le ena stran zatilnega predela, se kot posledica oškodovanosti lahko pojavi hemianopsija (bolnik zanemara polovico vidnega polja) (Kolb, Whishaw, 2003).

3 DUŠEVNE MOTNJE PO MOŽGANSKI KAPI

Duševne motnje po možganski kapi lahko močno obremenijo in spremenijo življenje bolnika in njegovih bližnjih. Pojavijo se lahko kot širok spekter različnih motenj razpoloženja (depresija, tesnoba, čustvena labilnost ali čustvena zbledelost), psihotičnih motenj (halucinacije, blodnje) in motenj spoznavnih sposobnosti (demenca, blaga motnja spoznavnih sposobnosti) (Kogoj, 2013).

Do duševnih motenj po možganski kapi pri bolnikih prihaja pogosto, vendar mnogokrat niso ne opažene ne zdravljene. Večina ljudi z duševno motnjo po možganski kapi ne prejema strokovne pomoči, duševne motnje niti nimajo diagnosticirane, niso bili deležni opazovanja ali testiranja. Če bi se ljudi bolje informiralo o duševnih motnjah po možganski kapi, bi bile tudi prej in pogosteje opažene (s strani bližnjih, bolnikov samih, strokovnjakov) (Tkavc, 2007).

Če bi bili ljudje bolje ozaveščeni o pogostosti, resnosti in značilnostih duševnih motenj po možganski kapi, bi bili nanje bolj pozorni, več bi jih opazili in več bolnikov bi bilo zdravljenih. Menim, da je o omenjeni tematiki javnost potrebno ozavestiti, saj bomo s tem pripomogli k boljšemu počutju mnogih ljudi (ki kljub potrebi niso zdravljeni). Ker je najpogostejša duševna motnja po možganski kapi depresija, bi se ob večjem številu zdravljenih bolnikov z depresijo verjetno zmanjšal tudi delež samomorilnih bolnikov, torej smrtnost bolnikov po možganski kapi (Tkavc, 2007).

Duševne motnje po možganski kapi so onesposablajoče in lahko negativno vplivajo na okrevanje, slabšajo kvaliteto življenja in povzročajo izčrpanost skrbnika bolnika po kapi (Caeiro, Ferro, Figueira, 2016). Na pojavnost in resnost duševnih motenj po možganski kapi vplivajo intenzivnost možganske kapi, stopnja oškodovanosti in neugodno psihosocialno okolje (osamljenost, pomanjkljiva podpora bližnjih oseb) (Caeiro, Ferro, Figueira, 2016).

Intenzivnost in obseg poškodbe možganov po možganski kapi nista neposredno primerljiva s spremembami vedenja bolnika in njegovo kakovostjo vsakdanjega življenja. Pomembna je subjektivna zaznava lastne kompetentnosti in kognitivnih ter telesnih sprememb. Po možganski kapi na duševno stanje bolnika vplivajo mnogi dejavniki:

- osebnostne poteze bolnika (slog življenja, značaj),
- nevropsihološke spremembe duševnih sposobnosti, čustvovanja in vedenja, ki so posledica poškodbe v možganih,
- značilni vzorci vedenja bolnika, ki jih posameznik razvije, da bi se lažje soočil z boleznijo in njenimi posledicami,
- kakovost socialnih odnosov (Tkavc, 2007).

Po možganski kapi duševne motnje pogosteje razvijejo starejši bolniki in ljudje, ki živijo sami in nimajo rednih ali kakovostnih socialnih odnosov z bližnjimi. Izboljšanje in okrevanje duševnih sposobnosti po možganski kapi pogosto poteka dlje in počasneje od okrevanja gibalnih sposobnosti (fizičnih posledic kapi) (Tkavc, 2007).

3.1 Depresija

Depresija je najbolj pogosta duševna motnja po možganski kapi, saj se pojavi pri 30 % ljudi, ki jih zadene možganska kap. Problem je, da delež depresivnih bolnikov ostane nediagnosticiran ali neustrezno zdravljen (Clark, Gillham, 2011). Depresija pomembno vpliva na nadaljnje življenje bolnika in njegovih bližnjih, saj se negativno povezuje s pacientovo pripravljenostjo sodelovanja v zdravljenju, s tem pa na izide zdravljenja (Tkavc, 2007).

Depresija pri bolnikih po kapi slabo vpliva na njihovo zbranost, močno oslabi pozornost in zmožnosti za kognitivne sposobnosti in učenje ter zmanjša možnost izboljšanja gibalnih sposobnosti. Posledično močno vpliva na slabši funkcijski izid rehabilitacije, kakovost življenja in večjo umrljivost (Vogrin Hudopisk, 2010). Depresija po možganski kapi je lahko posledica bioloških dejavnikov (poškodbe možganov) ali pa je psihološki odgovor na oškodovanost, pridobljeno s kapjo (kognitivno, socialno, telesno oškodovanost) (Tkavc, 2007).

Posebno pozornost je potrebno posvečati simptomom starejših bolnikov, saj ti lahko kljub temu, da trpijo za globoko depresijo, okolici delujejo kot čustveno neprizadeti in o svojem čustvenem doživljanju in počutju težje govorijo. Kljub temu, da je pri starejših resnost depresije težje opaziti, je pozornost bližnjih, prepoznava depresije in zdravljenje, izrednega pomena, saj sta dva od treh starejših ljudi, ki življenje končajo s samomorom, depresivna. Povezava med možgansko kapjo in depresijo negativno vpliva na rehabilitacijo, preživetje, odnose z bližnjimi in na vrnitev v normalno življenjsko rutino (Tkavc, 2007).

Ko se pri ljudeh prične razvijati depresija, jo pogosto dlje časa ne prepoznajo, saj se v začetku neredko kaže kot telesne bolečine. Zato številni bolniki in njihovi bližnji na depresijo niti ne pomislijo, saj sumijo na druge bolezni oziroma težave. Med telesne znake depresije sodijo motnje spanja (nespečnost ali prekomerna utrujenost), telesna in duševna upočasnjenost, izguba teka ali prenajedanje, glavobol, bolečine v prsih, trebuhu, slabost, motnje v spolnosti in druge (Dernovšek, Jeriček, Mišček, Tavčar, 2005). Depresija negativno vpliva na telesno zdravje in sicer predvsem na imunski sistem (manjša odpornost na bolezni), kostni sistem (tveganje za osteoporozo), srce (večje tveganje za razvoj srčnih bolezni) in možgane (Elliot, Smith, 2009).

Depresija ni samo posledica možganske kapi, ampak je tudi dejavnik tveganja za njen nastanek (ali za njeno ponovitev), če je bila prisotna že pred pojavom prve možganske

kapi. Zdravljenje depresije je lahko medikamentozno in/ali psihoterapevtsko. Zaradi učinkovitosti in varnosti se pogosto uporabljajo antidepresivi iz skupine selektivnih inhibitorjev ponovnega privzema serotonina (SSRI). Zdravljenje depresije pozitivno ne vpliva le na razpoloženje bolnika, pač pa izboljša tudi bolnikovo sodelovanje pri rehabilitaciji; torej izboljša uspeh celotne obravnave in zdravljenja (Tkavc, 2007).

Če depresivno razpoloženje traja več kot 2 tedna in ima oseba vsaj pet simptomov, navedenih spodaj, in ti simptomi pomembno vplivajo na posameznikovo življenjsko aktivnost (vsakdan), je potrebno pomisliti na depresijo in poiskati strokovno pomoč. Depresivni bolniki se pogosto svoje motnje ne zavedajo, okolica in bližnji pa je ne opazijo oziroma prepoznajo (Grad, 2006). Ker je večina samomorilnih ljudi depresivnih, je prepoznavna in napotitev po strokovno pomoč ključnega pomena za izboljšanje stanja. In ker je samomorilno vedenje v Sloveniji zelo pogost pojav v primerjavi z drugimi državami, je potrebno in izjemno pomembno ozaveščanje o resnosti in pogostosti depresije in njenih posledicah ter možnostih zdravljenja (Grad, 2006).

Najpogostejši simptomi depresije so:

- pomanjkanje volje, energije, stalna utrujenost,
- izguba veselja, interesov,
- vztrajno žalostno razpoloženje,
- občutki brezupa, krivde, nemoči, vztrajni pesimizem,
- motnje spanja, praviloma zgodnje zbujanje,
- motnje apetita,
- motnje spolne aktivnosti,
- stalne telesne bolečine, ki nimajo organskega vzroka,
- razdražljivost, nemir,
- razmišljanje o smrti, samomoru (Kores Plesničar, 2006).

Pomembna razlika med depresivnim razpoloženjem in depresijo kot duševno motnjo je trajanje simptomov in intenziteta prizadetosti vsakdanjih življenjskih aktivnosti. Pri depresivnem razpoloženju trajajo simptomi le nekaj dni, pri depresiji kot duševni motnji pa se simptomi ob nezdravljenju stopnjujejo (Grad, 2006).

Depresija po možganski kapi je povezana z nevrobiološkimi, funkcionalnimi in psihosocialnimi dejavniki.

Nevrobiološki dejavnik vzroka depresije je neposredna okvara možganov. Okvarjene so povezave (serotoninsko in noradrenergično nitje) med predeli možganov, sploh tiste, ki so povezane s čelnim (frontalnim) režnjem. Posledice poškodbe po možganski kapi so različne oblike depresije, odvisne od lokacije lezije; ali je oškodovana dominantna (ponavadi leva) ali nedominantna (ponavadi desna) hemisfera. V primeru oškodovanosti

sprednjega dela čelnega režnja leve možganske hemisfere (okvara noradrenergičnega in serotonergičnega nitja) so poleg depresije možne posledice poškodbe tudi anksioznost, strah, jeza in agresivnost. V primeru ishemične kapi v čelnem režnju desne hemisfere je posledica predvsem ekspresivna aprozodija, za katero je značilno, da bolnik ne zna izraziti lastnih čustev in deluje nezainteresirano (Grad, 2006).

Funkcionalne okvare bolniku onemogočajo ali omejujejo samostojnost v vsakodnevnih aktivnostih. Značilne funkcionalne okvare po možganski kapi so motnje govora, hromost roke, nezmožnost hoje. Te omejitve so pomembno povezane z depresijo po možganski kapi, saj se neredko jeza nad posledicami bolezni spremeni v žalost in obup. Posebej težko je prizadetost sprejeti bolnikom, ki se ne morejo sporazumevati z govorom. V omenjenih primerih je depresija posledica nesprejemanja na novo pridobljenih omejitev (Grad, 2006).

Psihosocialni dejavniki so pomembno povezani z razvojem in zaznavo duševnih motenj pri bolnikih po možganski kapi in posledično z naporitvijo k iskanju strokovne pomoči ter z izboljšanjem stanja bolnika. Odrinjenost iz družbenega okolja je pogosto posledica bolnikovega zapiranja samega vase, zaradi sramu posledic možganske kapi. Bolniki se neredko počutijo nerazumljene in osamljene, vendar na svoje občutke nikogar ne opozorijo. Pomemben del izboljšanja (sploh duševnega) stanja je psihosocialna podpora družine, bližnjih in zdravstvenega osebja, s katerim bolniki prihajajo v stik. Ker pa so zdravstveni delavci preobremenjeni z ogromnim številom pacientov, ki jih obravnavajo, je zaželeno, da so na psihično stanje bolnika pozorni njegovi bližnji in ob morebitnih opazanjih na spremenjeno stanje opozorijo strokovne delavce ter bolniku nudijo oporo, ga spodbujajo in vključujejo v druženja in aktivnosti (Grad, 2006).

Posebna oblika depresije po možganski kapi in drugih možganskožilnih boleznih je vaskularna (žilna) depresija.

Depresija in apatičnost se pogosto pojavljata pri pacientih, ki jih je zadela možganska kap in sta neredko zamenjani druga z drugo, obe pa pomembno vplivata na funkcionalno izboljšanje stanja obolelega. Izboljšanje fizičnega stanja običajno oblaži depresijo in apatičnost, na kar pa vpliva pacientova aktivnost v vsakodnevnih aktivnostih in sodelovanje pri zdravljenju (Hama, Kurisu, Yamashita, Yamawaki, 2011). Doživljanje depresije ali apatičnosti je prepleteno s čustvenim odzivom posameznika in izboljšanju fizičnega funkcioniranja. Efektivno zdravljenje depresije po možganski kapi ali apatije terja multidisciplinaren pristop, kot na primer nevrobiološko, emocionalno in fizično rehabilitacijo (Hama, Kurisu, Yamashita, Yamawaki, 2011).

Depresija je pogosta nevropsihiatrična posledica po možganski kapi, ki močno negativno vpliva na funkcionalno in kognitivno izboljšanje. Tudi apatičnost se pojavlja neredko in je definirana kot zmanjšana (pomanjkljiva) motivacija, ki vpliva na zmanjšano zainteresiranost vključevanja v aktivnosti oziroma kot pomanjkanje iniciative (Hama,

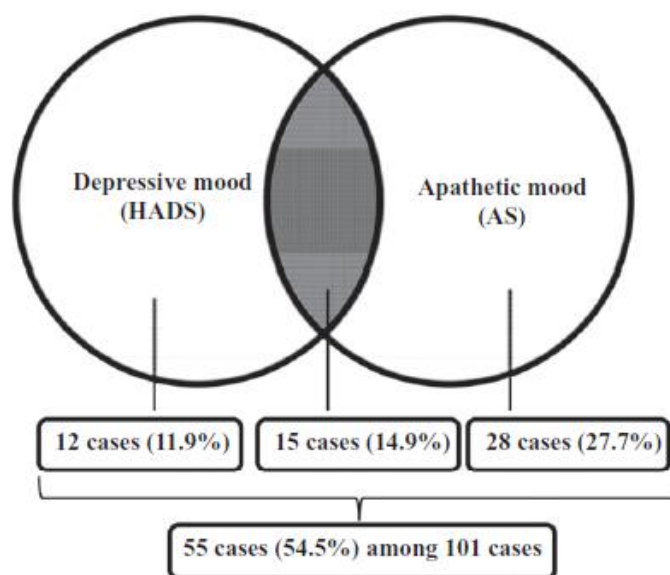
Kurusu, Yamashita, Yamawaki, 2011). Apatičnost po možganski kapi paciente odvrne od sodelovanja pri rehabilitaciji, kar posledično vpliva na upočasnjenost fizičnega in psihosocialnega izboljšanja.

Simptomi apatičnosti se prekrivajo s simptomi depresije, zato je včasih težko ločiti med obema. Opravljene pa so bile nevrološke raziskave, ki so razjasnile pomembne razlike med obema sindromoma. Predvsem fizične omejitve, nastale po možganski kapi, povzročijo stisko in depresijo pri mnogih bolnikih po kapi. Žalovanje za izgubo nekdanjega zdravstvenega stanja je sicer tipično in normativno, nekatere raziskave na tem področju pa so raziskovale povezave med merili procesa žalovanja in depresijo/apatičnostjo (Hama, Kurisu, Yamashita, Yamawaki, 2011).

V 1990. so rezultati raziskave z magnetno resonanco (MRI) podprli povezanost med depresivnostjo starostnikov in prekomerno intenzivnostjo bele substance. Takrat se je pojavil koncept vaskularne depresije (depresije po možganski kapi). Vaskularna depresija je vrsta depresije, ki je posledica poškodovanosti možganov. Simptomi vaskularne depresije so zelo podobni simptomom globoke depresije, vendar se v določenih podrobnostih razlikujejo. Pomanjkanje interesa in kognitivne motnje so pogostejše in se težje zdravijo pri vaskularni depresiji. Pomanjkanje interesa je zelo težko zdraviti medikamentozno, zaradi česar je zdravljenje vaskularne depresije še trdovratnejše od zdravljenja globoke depresije (Hama, Kurisu, Yamashita, Yamawaki, 2011).

Apatija se pogosto pojavi kot posledica po možganski kapi in je definirana kot zmanjšana motivacija za vključevanje v aktivnosti oziroma pomanjkanje iniciative (Hama, Kurisu, Yamashita, Yamawaki, 2011). Apatičnost se povezuje s prefrontalnimi lezijami in poškodbami bazalnih ganglijev. Nekateri simptomi apatičnosti so del diagnostičnih kriterijev globoke depresije, predvsem zmanjšanje zainteresiranosti, zadovoljstva, žalost, izguba energije, poslabšana zmožnost koncentracije in mišljenja ter neodločnost. Apatičnost je načeloma videna kot del depresije. Rezultati raziskave japonskih raziskovalcev (Hama, Yamashita, Yamawaki in Kurisu), ki so raziskovali pojavljanje depresivnosti in apatičnosti pri 243. pacientih po možganski kapi so pokazali, da je 11.9 % pacientov po kapi trpelo za depresijo (vendar brez apatije), 19.8 % pacientov je bilo apatičnih (vendar ne depresivnih), 20.6 % pacientov pa je trpelo za prepletom obojega; depresije in apatičnosti (Hama, Kurisu, Yamashita, Yamawaki, 2011). Depresija ali apatija oziroma oboje hkrati se je torej pojavljalo pri 51.9 % pacientov po možganski kapi. V drugi raziskavi, ki so jo raziskovalci opravili na 101. pacientu v drugi instituciji (Hibino Hospital), so prišli do podobnih rezultatov: 11.9 % pacientov je trpelo za depresijo (vendar ne apatičnostjo), 27.7 % jih je trpelo zaradi apatičnosti (vendar brez depresije), 14.9 % pa jih je prizadelo oboje; depresija in apatičnost. Depresija in/ali apatičnost se je pojavljala torej pri 54.5 % pacientov. Depresija in apatičnost se torej pogosto res prekrivata med

seboj, vendar se lahko (po možganski kapi) pojavljata tudi ločeno (Hama, Kurisu, Yamashita, Yamawaki, 2011).



Slika 3.1. Pogostost depresije/apatije po možganski kapi (povzeto po Hama, Yamashita, Yamawaki in Kurisu, 2011).

Podatki kažejo pogostost depresivnosti/apatije na vzorcu 101 pacientov po možganski kapi iz bolnišnice Hibino. Uporabljena je bila Hospital Depression and Anxiety Scale (HADS) za merjenje depresivnosti ter Apathy Score (AS) za merjenje apatičnosti.

Depresija in apatičnost imata negativen vpliv na funkcionalno okrevanje po možganski kapi. Raziskovalci (Hama, Yamashita, Yamawaki in Kurisu) so raziskovali vpliv depresije in apatičnosti na funkcionalno okrevanje po kapi na vzorcu 237 japonskih pacientov. Ugotovili so, da je apatičnost močnejše povezana z negativnim vplivom na funkcionalno okrevanje po kapi kot depresija. Kognitivne motnje so pogosta posledica po možganski kapi, kar lahko vpliva na zakasnjeno in zmanjšano funkcionalno okrevanje. Kognitivne motnje pa so tudi možna posledica depresije po kapi. Povezanost depresije po kapi in/ali apatičnosti ter kognitivnih motenj so raziskovali omenjeni japonski raziskovalci. Raziskava je pokazala, da imajo pacienti, ki trpijo za depresijo ali apatičnostjo, pomembno nižje rezultate na področjih spomina in pozornosti. Izkazalo se je torej, da sta depresija in apatičnost povezani z zmanjšano pozornostjo in s slabšim spominom (Hama, Kurisu, Yamashita, Yamawaki, 2011).

Nekatere možganske poškodbe lahko vodijo do zvišane ranljivosti za negativne posledice stresa. Po kapi mnogo pacientov trpi zaradi kakšne pridobljene omejitve, ki lahko povzročijo proces žalovanja za prejšnjim zdravstvenim stanjem in zmožnostmi. Ta emocionalni proces je normativen. Depresija in/ali apatija pa se razvijeta v primerih ekstremne ranljivosti na stres ali nezmožnosti spoprijemanja z njim. Depresija in apatija

lahko negativno posegata v funkcionalno okrevanje med rehabilitacijo (Hama, Kurisu, Yamashita, Yamawaki, 2011). Primerne količine vztrajnosti v procesu okrevanja lahko zmanjšajo ali preprečijo depresijo in apatijo. Na motnje razpoloženja pozitivno vpliva izboljšanje vsakodnevnih aktivnosti (druženje, sprehod), zato je pomembno paciente spodbujati in motivirati za vključevanje v aktivnosti z bližnjimi. Izboljšanje depresije/apatije lahko pozitivno vpliva na omejitve, ki so bile posledica možganske kapi. Pomoč pacientom, da okrevajo od depresije/apatije terja multidisciplinaren pristop, osredotočen na nevrobiološke, čustvene in telesne (rehabilitacijske) vidike okrevanja (Hama, Kurisu, Yamashita, Yamawaki, 2011).

Slovenski avtorji (Kamin, Klanšček idr.) so opravili anketno raziskavo duševnega zdravja v Sloveniji, saj jih je zanimalo stanje duševnega zdravja odrasle populacije v naši državi. Zastrašujoči so pridobljeni podatki o povezanosti omejevanja dejavnosti zaradi duševnih težav in iskanja pomoči z depresivnim in tesnobnim počutjem. Zaradi duševnih težav je moralo v zadnjem letu svoje aktivnosti omejiti 13 % sodelujočih v anketi, kar je več kot ena desetina vprašanih (Kamin, Klanšček, idr., 2009). Tistih, ki se počutijo omejene zaradi duševnih težav in so manj učinkoviti, zbrani in omejujejo svoje vsakodnevne dejavnosti, je 39 % vprašanih. Omejenost zaradi duševnih težav so najpogosteje občutili starejši od 60 let, ženske, tisti z najnižjo izobrazbo, kmetje, brezposelni, gospodinje, upokojenci, študentje in dijaki (Kamin, Klanšček, idr., 2009). Podatki, ki vzbujajo ali pa bi vsaj morali vzbujati največ zaskrbljenosti so, da je le 6 % sodelujočih ljudi poiskalo pomoč zaradi težav z duševnim zdravjem. Velika večina ljudi torej ni poiskala pomoči kljub svojim težavam z duševnim zdravjem. Očitno je problem stigmatiziranosti duševnih težav v Sloveniji še zelo velik in problematičen, saj močno vpliva na to, da si pomoči potrebni ljudje kljub stiski pomoči ne poiščejo ali pa jo celo zavrnejo (Kamin, Klanšček, idr., 2009). Potrebno bi bilo delovati v smeri destigmatizacije duševnih motenj na ravni preventive na področju duševnega zdravja in ozavestiti ljudi o pogostosti in resnosti duševnih težav, saj te pomembno vplivajo na kakovost življenja posameznika in njegovega vključevanja v vsakodnevne aktivnosti in iskanje pomoči. Potrebno je pomagati ljudem sprejeti celostno razumevanje zdravja, ki ne zajema le fizičnega zdravja oz. odsotnosti bolezni. Pravočasno iskanje pomoči, kadar nastopijo problemi z mentalnim zdravjem, je ključnega pomena za okrevanje in tega bi se ljudje morali zavedati, ne pa sramovati (Kamin, Klanšček, idr., 2009).

3.2 Anksiozne motnje

Anksioznost je uporabna obramba in ni motnja sama po sebi. Uporabna je, kadar jo sproži pravi vzrok, ko doseže določeno stopnjo in ko traja ravno prav dolgo. Motnje pa lahko nastanejo na kateri koli stopnji tega procesa (Kocmur, 1999).

Za tesnobne oziroma anksiozne motnje je značilen občutek tesnobe, kateremu se pridružujejo še nervoznost, razbijanje srca (palpitacije), občutek dušenja, kratka sapa, potenje, tremor oziroma tresenje, omotičnost, bolečina v prsih, motnje ravnotežja, slabost, bolečine v mišicah, težave v spolnosti, parestezije (mravljinčenje, zbadanje), utrujenost, motnje spanja, glavobol, izgubljanje nadzora nad seboj, strah pred smrtjo. V prvem obdobju po možganski kapi so simptomi anksioznih motenj še pogostejši od depresivnih. Simptomi tesnobnih motenj se lahko pojavljajo samostojno (v obliki generalizirane in panične motnje), v sklopu depresivne motnje ali kombinacije obeh (tesnobe in depresije) (Tkavc, 2007).

Tesno povezane z anksioznostjo so določene snovi v možganih, in sicer nekateri nevrottransmiterji. To so živčni prenašalci, ki prenašajo informacije med nevroni preko sinaps in vplivajo na počutje in delovanje človeka. Živčni prenašalci, ki vplivajo na tesnobo, so noradrenalin, serotonin (5-hidroksitriptamin, 5-HT) in gama-aminobutirična kislina (GABA) (Kocmur, 1999).

Z odgovorom (osrednjim in perifernim) na stresni dogodek je pomembno povezan noradrenalin, saj njegovo sproščanje povzroča strah in anksioznost. Spremenjeno noradrenergično delovanje je vzrok določenim vrstam tesnobe, predvsem panični motnji in tesnobi ob globoki depresiji. Anksioznost lahko povzroči tudi povečano delovanje serotonina v možganih. GABA je v možganih človeka zelo razširjen živčni prenašalec. Medtem ko sta noradrenalin in serotonin ekscitatorna prenašalca (vzburjevalna, spodbujevalna, pospeševalna), je GABA inhibitorni (zavorni) prenašalec in zato zmanjšuje (zavira) delovanje ekscitatornih (spodbujevalnih) nevronov, s katerimi je v stiku. Pospeševanje gabaergične aktivnosti zmanjša anksioznost, njeni zaviralci (inhibitorji) pa tesnobo povečujejo (Kocmur, 1999).

Za blaženje simptomov tesnobe motnje so uspešni anksiolitiki, vendar se po daljši uporabi razvijeta toleranca in odvisnost, zato se za zdravljenje najpogosteje uporabljajo antidepresivi in anksiolitiki le za krajše časovno obdobje (Tkavc, 2007).

3.3 Manija

Če se pojavi stanje, nasprotno depresiji, bolnik trpi za manijo. Opazna je po razpoloženjski vznesenosti in ogromni količini energije, ki se kaže kot prekomerna aktivnost in želja po nenehnem govorjenju, zmanjšani potrebi po spanju, občutku duševne in telesne učinkovitosti (Tkavc, 2007). Manijo spremlja občutek zelo dobrega počutja, ki pa ni v skladu z okoliščinami. Po možganski kapi je manija mnogo redkejša od depresije. Po nekaterih podatkih bi se naj manija pogosteje pojavljala pri bolnikih, ki so utrpeli možgansko kap na desni hemisferi, ampak razlog za to ni znan (Tkavc, 2007). Kadar se epizode manije izmenjujejo z depresivnimi epizodami, bolnik trpi za bipolarno motnjo (Kogoj, 2013). Zdravljenje manije običajno poteka z antipsihotiki, medtem ko se bipolarno

motnjo uravnava s stabilizatorji razpoloženja (antiepileptiki, litijev karbonat) (Tkavc, 2007).

3.4 Psihoza

Za psihozo je značilno, da bolnik doživlja trajne ali ponavljajoče se halucinacije (npr. prisluhi, prividi) in/ali blodnje (npr. preganjalne, nanašalne, ljubosumnostne), ki se pogosto stopnjujejo. Za preganjalne blodnje je značilno bolnikovo prepričanje, da ga drugi ogrožajo in ta tip blodenj se pojavlja najpogosteje. Bolniki so prepričani, da so preganjani, nadzorovani, zasledovani, zastrupljani, žrtev zarote in podobno. Ker so bolniki prepričani v resničnost svojih blodenj, so pri prepričevanju drugih ljudi o lastni ogroženosti tudi zelo prepričljivi. Pri nanašalnih blodnjah pa bolnik misli, da se določene stvari dogajajo prav zaradi njega oziroma da so prav njemu namenjena razna fizična znamenja ali geste ter kretnje naključnih oseb. Bolnik je prepričan, da se ljudje pogovarjajo prav o njem (Tkavc, 2007).

Nekateri bolniki po zdravljenju dosežejo uvid v lastno bolezensko stanje, nekateri pa so ves čas prepričani v resničnost svojih halucinacijskih ali blodnjavih misli in doživetij (Kogoj, 2013). Psihotične motnje se zdravijo medikamentozno, in sicer z antipsihotiki.

3.5 Demenca

Demenca je sindrom, ki je posledica kronične ali progresivne bolezni, ki prizadene možgane. Pokazatelj demence je upad nekdanj obstoječih umskih in spominskih sposobnosti oziroma motnje višjih živčnih dejavnosti (spomin, učenje, govor, zaznavanje, čustvovanje, mišljenje, oblikovanje zamisli). Pri demenci zavest ni motena (Kogoj, 1999).

Značilnosti demence:

- upad spominskih sposobnosti (pomnjenje in priklic novih informacij, z napredovanjem bolezni pa je postopno vedno bolj oškodovan tudi spomin za davne dogodke),
- osiromašeno mišljenje, slabša orientacija (prostorsko, časovno, situacijsko), razumevanje, učne sposobnosti, računske zmožnosti, govorno izražanje, presoja,
- zmanjšane sposobnosti za obvladovanje čustev, motivacije, socialnega vedenja,
- upad višjih živčnih dejavnosti je tako resen, da negativno vpliva na sposobnost upravljanja vsakodnevnih aktivnosti (Kogoj, 1999).

Demence delimo na podlagi simptomov in možganskih struktur, ki jih prizadene bolezenski proces, v:

- kortikalne demence (hujše spominske motnje, motnje govora, računanja in abstraktnega mišljenja, apraksija (nezmožnost izvajanja hotenih gibov) in agnozija (nezmožnost prepoznavanje prej znanih oseb, predmetov, barv),
- subkortikalne demence (izrazitejša psihomotorna upočasnjena, motnje gibanja (motorike), apatija (pomanjkanje občutka in čustev), akinetski mutizem (pomanjkanje sposobnosti gibanja in govora), depresivnost) (Kogoj, 1999).

Motnje pri demenci so tako izrazite, da negativno vplivajo na socialno in delovno uspešnost. Če omenjene motnje še niso tako intenzivne, bolnik trpi za blago motnjo spoznavnih sposobnosti ali neopredeljeno organsko motenostjo osebnosti in vedenja (organski psihosindrom) (Kogoj, 1999).

Diagnosticiranje spominskih motenj:

- trajanje bolezni: običajno več kot 6 mesecev,
- potek bolezni: postopen upad,
- takojšen priklic: dolgo ustrezen,
- nedavni dogodki (ure, dnevi): okrnjen,
- davni dogodki (leta, desetletja): dolgo ustrezen,
- govor: moten,
- motorične dejavnosti: motene,
- mišljenje: obubožano,
- halucinacije: se pojavljajo (Kogoj, 1999).

Zdravljenje bolnikov z demenco je usmerjeno v:

- preprečevanje okvare nevronov,
- odpravljanje osnovnega vzroka demence,
- nespecifično nevroprotektivno delovanje,
- izboljšanje spoznavnih sposobnosti,
- spodbujanje umskih dejavnosti,
- vzdrževanje preostalih sposobnosti bolnika,
- lajšanje stisk bolnika,
- prilagajanje okolja potrebam bolnika,
- pomoč družini in skrbnikom (Kogoj, 1999).

Ker obstaja veliko različnih oblik demence, ki jih definirajo različne kombinacije simptomov, se bolniki zdravijo z različnimi zdravili. Med zdravili, ki vplivajo na izboljšanje spoznavnih (kognitivnih) sposobnosti, so uporabni predvsem inhibitorji

acetilholinesteraze. Uporabljajo se tudi agonisti muskarinskih in nikotinskih receptorjev. Omenjena zdravila pa ne zaustavijo poteka bolezni, ampak le omilijo simptome. Dobrodošla so tudi zdravila, ki imajo nevroprotektivni učinek (Kogoj, 1999).

V primeru zapletov se izvaja specifična simptomatska terapija: antipsihotiki, antidepresivi in benzodiazepini. Ker so starejši ljudje pogosteje občutljivejši na (stranske) učinke psihotropnih zdravil, so začetni odmerki učinkovin manjši, prilagajanje odmerkov počasnejše in previdnejše, preverjanje delovanja zdravila pa pogostejša (Kogoj, 1999).

Bolnikom z demenco se pogosto pridružuje tudi depresija. Za njihovo zdravljenje je priporočljiva uporaba antidepresivov z manj antiholinergičnih stranskih učinkov (da ne bi še bolj poslabšali že tako okrnjenih umskih sposobnosti). Med take antidepresive spadajo selektivni zaviralci privzema serotonina (SSRI) in reverzibilni zaviralci monoaminooksidaze (MAOI) (Kogoj, 1999).

Vaskularna demenca (oziroma žilna demenca, ki predstavlja 15 % vseh demenc)

Ena sama možganska kap ponavadi ne povzroči demence; ta se razvije po več zaporednih kapeh na območju malih do srednje velikih možganskih žil. Z uporabo računalniške tomografije se jasno prikažejo infarktne lezije (poškodbe) možganske skorje in globljih možganskih struktur.

Začetek demence je običajno nenaden z značilnim stopničastim upadom umskih sposobnosti, ki običajno niso okrnjene vse v enaki meri. Bolnik z vaskularno demenco lahko občuti glavobole in vrtoglavico, žariščne nevrološke znake, motnje spomina in spanja, osebnostne spremembe, psevdobulbarno paralizo (ohromelost mišic jezika, žrela in grla), dizatrijo (težave z artikulacijo) in disfagijo (motnje požiranja) (Kogoj, 1999).

Po možganski kapi ima približno ena tretjina preživelih v naslednjih štirih letih vaskularno (žilno, multiinfarktno) demenco, torej njihove posledice kapi zajemajo oškodovanost spomina, mišljenja in izvršitvenih funkcij. Značilnost vaskularne demence je, da nastane nenadoma, stopnjuje se stopničasto in odvisno od ponovnih možganskih kapi (Kogoj, 1999).

3.6 Spremembe osebnosti

Osebnostna motnja se kaže kot močna spremenjenost običajnih vzorcev vedenja, ki so jih bolniki imeli pred možgansko kapjo. Najpogostejši osebnostni spremembi po možganski kapi sta agresivnost in apatija (Kogoj, 2013).

Osebnostna motnja je izrazita poudarjenost nekaterih osebnostnih lastnosti. Motnja zajema skrajno in trajno različico sicer normalne osebnostne lastnosti (Tkavc, 2007). Poudarjenost določenih osebnostnih potez so relativno trajne in neprilagodljive. Gre za vedenjsko motnjo, ki je posledica osebnostne motenosti. Osebnostna spremenjenost bolnika je

običajno bolj kakor za njega samega moteča za njegove bližnje. Po možganski kapi postanejo posamezniki bolj razdražljivi, zmedeni, usmerjeni vase, ne sodelujejo v zdravljenju, hitro menjujejo razpoloženje, možne so spremembe v načinu mišljenja, občutenja in reagiranja, pogosta je izguba motivacije in volje. Nekateri bolniki ne zmorejo nadzorovati jeze ali agresije. Te neprijetne spremembe se blaži z vedenjskimi in kognitivnimi ukrepi, vodenjem, vzpodbujanjem in podporo bližnjih (Tkavc, 2007).

3.7 Emocionalizem (čustvena izraznost, čustveno labilna motnja)

Čustveno labilna motnja je stanje hitrega menjavanja razpoloženja oziroma izguba nadzora nad čustvi. Opazi se kot prekratko trajanje čustvenih odzivov, ki jih zelo hitro zamenjajo druga, običajno nasprotna razpoloženja. Težava bolnikov s čustveno labilno motnjo je, da niso sposobni zadržati čustev ali jih omejiti na primeren kraj in čas (Powell, 2007).

Pri tej motnji je povečana pogostost smeha ali joka, do katere pride v trenutku, brez določenega dogodka ali predhodnega opozorila. Osebe se lahko pričnejo smejati ali jokati v družbenih situacijah, kjer tega ponavadi ne bi počele in ko to ni primerna reakcija na dogajanje. Čustveno labilna motnja se pojavlja pri 20–25 % bolnikov v prvih šestih mesecih po možganski kapi (Kogoj, 1999). Običajno gre za prehodno motnjo, ki pa močno vpliva na kakovost življenja bolnika in njegovih bližnjih, saj lahko povzroča občutke sramu in stres, posledično pa se prizadete osebe izogibajo socialnim situacijam. Vzroki motnje niso dobro znani, verjetno so nevrološke narave, mogoče pa je čustvena izraznost le oblika splošne izgube nadzora čustev po možganski kapi. Medikamentozno skušajo epizode smeha in joka omejiti z antidepresivi iz skupine inhibitorjev ponovnega privzema serotonina (SSRI) (Kogoj, 1999).

3.8 Delirij

Delirij je etiološko nespecifični organski cerebralni sindrom, ki se pojavi nenadno in ima običajno nihajoč potek (Kogoj, 1999).

Označujejo ga hkratne motnje:

- zavesti in pozornosti,
- zaznavanja (halucinacije),
- mišljenja (blodnje),
- spominjanja (amnezija),
- psihomotorne aktivnosti,
- čustvovanja ter
- razporejanja spanja in budnosti.

Za delirij je značilen nenaden začetek in nihajoč potek, simptomi pa zajemajo motnje zavesti, pozornosti, inkoherenten miselni tok in pogoste zaznavne motnje (Kogoj, 1999).

Ločuje se dve obliki delirija, ki pa se lahko medsebojno prekrivata v istem času pri isti osebi. To sta hiperaktivna (aktivirana) oblika delirija s stanjem povečane budnosti in hipoaktivna (somnolentna) oblika s stanjem zmanjšane budnosti. Za hiperaktivno obliko delirija so bolj značilne halucinacije, blodnje, neustrezno vedenje in agitiranost (motorični nemir). Za hipoaktivno obliko delirija pa sta bolj značilni lastnosti zmedenost in zmanjšana budnost (Kogoj, 1999).

Posamezniki, ki trpijo za delirijem, izgubijo občutek za čas, ne prepoznajo oseb in okolja, pogosti so prividi, redkejši prisluhi. Močno motena je pozornost. Pri nekaterih se pojavljajo tudi preganjavica ali blodnje, občasno imajo bolniki občutek, da jim kdo želi škodovati ali jih okraati. Delirij spontano preneha z odstranitvijo organskega vzroka. Ker pa pri možganski kapi neredko vzroka ni možno odstraniti, je potrebno počakati, da delirij izzveni sam in s pomočjo zdravil (Kogoj, 2013).

Delirij je pokazatelj resno ogroženega stanja, posledica bolezni, ki lahko vodi tudi v smrt. Značilna je časovna neorientiranost, pri resnejših oblikah delirija pa osebe celo ne prepoznajo prej znanega okolja in/ali poznanih oseb (Tkavc, 2007). Pojavljajo se halucinacije; pogosti so prividi, redkejši prisluhi. Nekateri imajo tudi občutek, da jim želi okolica škodovati, čemur sledita temu ustrezno čustvovanje in vedenje. Ker so njihova čustva običajno neprijetna, so ljudje nemirni, prestrašeni in napeti. Ob tem doživljanju se pogosto znojijo, srčni utrip ali telesna temperatura se jim poviša (Tkavc, 2007). Za delirij je značilna predvsem zelo motena pozornost, kar je očitno opazno v nezmožnosti sledenja pogovoru. Bolniki so ponoči budni, vznemirjeni in nemirni ter posledično podnevi zaspani, saj so simptomi delirija izrazitejši ponoči in v zgodnjih jutranjih urah. Zmedeno stanje se pri bolnikih pojavlja epizodično, vmes se lahko pojavljajo obdobja primerne orientiranosti in jasne zavesti. Delirij spontano preneha z odstranitvijo vzroka, ampak ker pri možganski kapi vzroka običajno ni možno odstraniti, so lahko bližnji le potrpežljivi in čakajo, da delirij izzveni sčasoma ob podporni terapiji z zdravili (anksiolitiki in antipsihotiki), dieto in primerno količino zaužitih tekočin (Tkavc, 2007).

4 OSVEŠČANJE

Zdravje je stanje telesnega, mentalnega in socialnega blagostanja in ne le odsotnost bolezni (World health organization, 2011).

Duševno zdravje je stanje blagostanja, v katerem posameznik uresničuje svoje potenciale, obvladuje normalne stresne situacije, produktivno dela in daje svoj prispevek skupnosti (World health organization, 2011). Svetovna zdravstvena organizacija poudarja, da je duševno zdravje neločljivo povezano z zdravjem, s tem pa s kvaliteto posameznikovega življenja.

Ker je duševno zdravje del splošnega zdravja posameznika, je pomembno delovati na preprečevanju negativnega duševnega zdravja (duševnih motenj), in sicer s krepitevijo pozitivnega duševnega zdravja (občutek dobrega počutja, optimizem, občutek moči in sposobnosti soočanja s težavami, strategije obvladovanja problemov, obvladovanje stresa) (World health organization, 2011).

V raziskavi so Berlowitz, Dossa in Glickman preučevali povezavo med stanji duševnega zdravja in rehospitalizacije, umrljivosti in funkcionalnimi izidi (posledicami) pri pacientih po možganski kapi. Izkazalo se je, da pri bolnikih po možganski kapi, ki imajo dve ali več duševnih motenj, obstaja večja verjetnost, da bodo v bolnišnico ponovno sprejeti in da imajo večje možnosti umrljivosti v primerjavi z bolniki po možganski kapi, ki niso utrpeli duševnih motenj (Berlowitz, Dossa, Glickman, 2011). Predvsem so ogroženi tisti bolniki, ki so za duševno motnjo trpeli že pred nastankom možganske kapi. Psihoterapevtske intervencije lahko izboljšajo izide po kapi in duševno stanje bolnika po odpustu iz bolnišnice (Berlowitz, Dossa, Glickman, 2011).

Duševno zdravje močno pripomore k zadovoljnosti, srečnosti in kvaliteti življenja vsakega posameznika. Ker so različne duševne motnje, sploh depresija in anksioznost, pogosta posledica po možganski kapi, je potrebno duševnemu zdravju bolnika posvetiti veliko pozornosti. Bolniki po možganski kapi se sprememb v svojem duševnem stanju pogosto ne zavedajo, vplivajo pa na njihovo (ne)zadovoljstvo z življenjem, zato je zaželeno, da so bolnikovi bližnji pozorni na dogajanje v njem in morebitne spremembe v počutju ali vedenju, da lahko v primeru poslabšanja poskusijo pomagati k izboljšanju njegovega počutja ali pa ga napotijo po strokovno pomoč.

Prepoznavanje zgodnjih simptomov in čim prejšnje zdravljenje sta ključnega pomena. Natančna diagnoza in učinkovito zdravljenje v urah po možganski kapi lahko odločilno vplivata na stopnjo in obseg okrevanja.

**SUMITE NA MOŽGANSKO KAP?
UKREPAJTE TAKOJ! POKLIČITE 112!**



Slika 4.1. GROM, kratak opis vidnih značilnosti možganske kapi (povzeto po Društvo za preprečevanje možganskih in žilnih bolezni, 2012).

Bolnika, ki ga je zadela možganska kap, bi naj oskrbela visoko specializirana ekipa zdravstvenih delavcev s številnih strokovnih področij (zdravnik specialist nevrolog, sestre na oddelku, fizioterapevt, logoped, dietetik, delovni terapevt, oftalmolog, klinični psiholog idr.). Pomembno vlogo pri okrevanju in izboljšanju tako počutja kot zdravstvenega stanja ima praktična čustvena in družbena podpora bližnjih po bolnikovi vrnitvi domov (Colquhoun, idr., 2013).

Duševne motnje imajo različne vplive na življenje posameznika. Omejujejo njegovo samostojnost, slabšajo kvaliteto življenja in nižajo samopodobo. Kljub pogostosti pojavljanja duševnih motenj med ljudmi in lahkega dostopa informacij o njih še vedno obstaja stigma o duševnih boleznih in duševnih bolnikih. Zaradi strahu pred socialno stigmato se mnogi posamezniki, ki trpijo za duševno motnjo, izogibajo označevanju (etiketiranju) in si zato ne poiščejo strokovne pomoči, niti o tem ne govorijo z družino ali drugimi bližnjimi. Ker si ne poiščejo pomoči, to posledično vpliva tudi na izide zdravljenja oziroma na razvoj in stopnjevanje duševnih motenj (World health organization, 2011).

4.1 Kakovost življenja oseb po možganski kapi

Kakovost življenja je sestavljen in večdimenzionalen pojem. Vključuje objektivne in subjektivne elemente. Pri bolnikih po možganski kapi kakovost življenja sestavljajo štirje dejavniki:

- telesno zdravje (simptomi, povezani z boleznijo),
- funkcionalno zdravje (stopnja fizične aktivnosti, skrb zase),
- duševno zdravje (čustvovanje, mišljenje, splošno zaznavanje zdravja, zadovoljstva z življenjem in sreče) in
- socialno zdravje (medsebojni odnosi, družbeni stiki) (Goljar, Kuralt, 2009).

Kakovost življenja pri Svetovni zdravstveni organizaciji opredeljujejo kot posameznikovo zaznavanje družbenega položaja v življenju, povezanega s kulturo oziroma s sistemom vrednot v okolju, v katerem živi, in z njegovimi osebnimi cilji, pričakovanji, merili in interesi.

Bolnik se začne popolnoma zavedati o vplivih možganske kapi in njenih posledicah na njegovo življenje šele nekaj mesecev po končanem zdravljenju. V raziskavi so Viitanen in sodelavci ugotovili, da je po možganski kapi 61 % bolnikov nezadovoljnih z življenjem še 4 do 6 let po nastopu bolezni (Goljar, Kuralt, 2009).

Pri večini bolnikov po možganski kapi je kakovost življenja nižja (v primerjavi z zdravimi), predvsem zaradi nižje stopnje dejavnosti in sodelovanja. Po kapi imajo ljudje običajno manj interesov ter hobijev, se manj družijo, težje opravljajo hišna opravila in so manj ambiciozni. Pri bolnikih po možganski kapi je dober napovedni dejavnik zadovoljstva z življenjem stopnja dejavnosti, torej je kakovost življenja po možganski kapi odvisna od dejavnosti bolnikov (Goljar, Kuralt, 2009).

Pomemben vpliv na zadovoljstvo s kvaliteto življenja bolnika po kapi imajo spremembe družbenih vlog po možganski kapi. Spremembe socialnih vlog so povezane s samostojnostjo in socialno podporo. Družbene vloge so drastično spremenjene, če bolnik več ne zmore opravljati svojega poklica, torej preneha delati. Spremembe družbenih vlog namreč pogosto vplivajo tudi na odnose, ki so že tako napeti zaradi različnih okoliščin, ki jih je v njihovo življenje prinesla možganska kap. Predvsem bližnji vidijo spremembe socialnih vlog kot velik problem, ker se bolniki več ne morejo ukvarjati s svojimi običajnimi vsakdanjimi aktivnostmi, posledica česar je pogosto zdlgočasnost in depresija (Nacionalni inštitut zdravja, 2008).

Po rezultatih raziskave Kakovost življenja oseb po možganski kapi po zaključeni rehabilitaciji, katere avtorici sta dr. Kuralt in dr. Goljar, je bila povprečna ocena kakovosti življenja po možganski kapi 38.6 od 100 (pri čemer je 100 najslabša kakovost). Anketirani

bolniki po možganski kapi so najslabše ocenili zadovoljstvo na področju hišnih opravil, druga najslabše ocenjena je bila hoja, sledijo mobilnost, telesna nega in gibljivost, sporazumevanje, zbranost, čustveni odziv in medsebojni stiki (Goljar, Kuralt, 2009).

Bolniki, ki so imeli ob zaključku rehabilitacije slabše ocene na Lestvici funkcijske neodvisnosti, bolniki z bolj obremenjujočimi spremljajočimi boleznimi in starejši, so kakovost življenja slabše ocenili na področju telesne nege in gibljivosti, pri hišnih opravilih in pri hoji.

Rezultati omenjene raziskave razlik v ocenah kakovosti življenja med moškimi in ženskami niso odkrili; edina najdena razlika med spoloma je bila ta, da so imeli moški več težav kakor ženske pri medsebojnih stikih (Goljar, Kuralt, 2009).

Nekoliko več težav v medsebojnih stikih in zbranosti so navajali bolniki do dve leti po možganski kapi, sicer večjih razlik med skupinami glede trajanja bolezni ni bilo. Posamezniki s slabšo oceno na Lestvici funkcijske neodvisnosti so ob koncu rehabilitacije navedli več težav pri hoji in mobilnosti, slabša je bila povprečna ocena kakovosti življenja.

Kakovost življenja na področju telesne nege in gibljivosti, pri hišnih opravilih, medsebojnih stikih, mobilnosti in hoji so slabše ocenili posamezniki s spremljajočimi boleznimi, ki imajo lahko vpliv na funkcijsko stanje (Goljar, Kuralt, 2009).

Poslabšanje funkcij dolgoročno preprečujejo intenzivni program rehabilitacije in kasnejše dodatne obravnave. Svojce je pomembno zgodaj vključiti v rehabilitacijske programe, da lahko razumejo bolnikove zmanjšane zmožnosti ter jim lahko ustrezno pomagajo, jih razumejo, spodbujajo in podpirajo (Goljar, Kuralt, 2009).

5 PREVENTIVA

Preventiva pomeni preprečevanje nastanka oziroma napredovanja bolezni. Pod pojmom preventiva je zajetih mnogo različnih ukrepov in izvajanj:

- zdrava javna politika in vladni ukrepi (npr. zakonodaja in predpisi proti kajenju, pitju alkohola),
- zdravstvena vzgoja in izobraževanje širše javnosti o zdravem načinu življenja,
- spoznavanje, odkrivanje in kontrola dejavnikov tveganja ter snovanje projektov, povezanih z njimi (Kotnik, 2007).

Znotraj zdravstva ima največ možnosti pri izvajanju preventive osnovna zdravstvena dejavnost, saj izbranega zdravnika (vsaj) enkrat v treh letih obiše približno 80 % ljudi. Ti obiski pri zdravniku so priložnost, ki bi naj bila izkoriščena za promocijo zdravja ter preprečevanje nastanka bolezni in njenega razvoja (Kotnik, 2007).

V današnji družbi pogost problem predstavljajo kronične nenalezljive bolezni. To so bolezni, na katere vpliva predvsem posameznikov način življenja (prehrana, gibanje, stres, itd.). Kronične nenalezljive bolezni imajo skupne dejavnike tveganja za razvoj (Kotnik, 2007). Dejavniki tveganja so tiste biološke, psihološke in družinske značilnosti, socialna ureditev, politični sistem in značilnosti okolja, ki so povezane z večjo verjetnostjo za težavne izide oziroma pojav bolezni. Dejavnike tveganja je zato potrebno v čim večji meri omejevati (zmanjšati) (World health organization, 2011). Kronične nenalezljive bolezni so področje, ki je za preventivo zelo pomembno, saj bi se ob dobri informiranosti širše javnosti (ki bi nasvete upoštevala), delež obolelih zmanjšal.

Preventiva se izvaja na treh stopnjah:

- primarna preventiva je namenjena širši javnosti, torej zdravim ljudem. Z informiranjem, ozaveščanjem in promocijo zdravja zmanjšuje dejavnike tveganja (ki bi lahko pripomogli k nastanku bolezni),
- sekundarna preventiva (preprečevanje razvoja bolezni) odkriva v zdravi populaciji dejavnike tveganja za bolezni in bolezni v začetni stopnji. Takrat je zdravljenje najbolj uspešno, zato sekundarna preventiva preprečuje razvoj bolezni (npr. s sistematičnimi pregledi),
- terciarna preventiva obvladuje dejavnike tveganja. Je zdravljenje bolezni, da se ta ne bi poslabšala ali ponovila (Kotnik, 2007).

Glavni cilji preventive so preprečiti (ali vsaj omejiti) dejavnike tveganja, zmanjšati obolevnost, invalidnost in umrljivost ter preprečevanje razvoja bolezni (sekundarna preventiva). Ciljna populacija odraslih uveljavlja pravico do preventivnega zdravstvenega

varstva v ambulantah družinske medicine v zdravstvenih domovih in pri zasebnih zdravnikih. Preventivne storitve so del pravic obveznega zdravstvenega zavarovanja. Zavarovanci jih uveljavljajo pri izvajalcih osnovne zdravstvene dejavnosti (npr. splošni zdravnik). Ciljna populacija izvajanja srčno-žilne preventive so moški, stari med 35 in 65 let, in ženske, stare med 45 in 70 let (Kotnik, 2007).

5.1 Preventivni pregled na primarni ravni

Preverjanje in odkrivanje prisotnosti dejavnikov tveganja bi naj opravil osebni zdravnik vsakemu obiskovalcu ambulante (vsakih pet let). Med preventivnim pregledom zdravnik ugotavlja vsakdanje navade posameznika (prehrana, gibanje, kajenje, alkohol, droge), informira pacienta, ugotavlja zdravstvena stanja (merjenje krvnega tlaka, maščob v krvi), diagnosticira, zdravi in svetuje (Kotnik, 2007).

Na pojavnost in razvoj kroničnih nenalezljivih bolezni vplivajo različni dejavniki tveganja. Tiste dejavnike tveganja, na katere ne moremo vplivati, jih pa moramo upoštevati pri določanju ogroženosti posameznika, imenujemo prirojeni dejavniki tveganja. Mednje spadajo starost (moški po 55. letu starosti, ženske v menopavzi), spol (moški spol kot dejavnik tveganja) in dednost (npr. bolezni srca in ožilja v družini) (Kotnik, 2007).

Dejavniki tveganja, ki niso prirojeni, ampak pridobljeni predvsem zaradi načina posameznikovega življenja, so pridobljeni dejavniki tveganja. Mednje spadajo kajenje, fizična neaktivnost, prekomerna telesna teža (debelost), nezdravo prehranjevanje, povečana koncentracija sladkorja ali maščobe v krvi, povišan krvni tlak, psihološki dejavniki in stres (ki vpliva na pojav depresije, rane na želodcu, bolezni srca in ožilja). Z omejevanjem pridobljenih dejavnikov tveganja posameznik zmanjša nevarnost, da se pri njem pojavi bolezen. Ključnega pomena je informiranost o nevarnosti nezdravega načina življenja, saj ob zavedanju lastnih dejavnikov tveganja posameznik lahko ukrepa in spremeni svoje življenjske navade (zmanjša dejavnike tveganja in s tem možnost obolenja) (Kotnik, 2007).

5.2 Sekundarna preventiva

Z različnimi ukrepi je pomembno bolnike spodbuditi, naj spremenijo nezdrav način življenja ter s tem omejijo dejavnike tveganja za nastanek (razvoj) bolezni. Sekundarna preventiva se izvaja na dva načina.

Z nefarmakološko rehabilitacijo, to je predvsem informiranje in ozaveščanje posameznikov, deljenje nasvetov, kako omejiti dejavnike tveganja. Zajema konkretne nasvete o spremembi načina življenja, ki bodo pripomogle k manjšim možnostim razvoja bolezni. Nefarmakološka rehabilitacija za bolnike po možganske kapi zajema:

- prenehanje kajenja,
- 30 minut telesne aktivnosti štirikrat tedensko,
- zdravo prehrano,
- indeks telesne mase (ITM) do 25 kg/m² (meter na kvadrat),
- krvni tlak nižji od 140/90 mmHg,
- celokupni holesterol nižji od 5,0 mmol/l,
- LDL holesterol nižji od 3 mmol/l,
- krvni sladkor (na tešče): 5,1 – 6,5 mmol/l (Kotnik, 2007).

Farmakoterapija (zdravljenje z zdravili):

- antiagregacijska zdravila (vsi bolniki brez kontraindikacij trajno),
- beta–adrenergični zaviralci (vsi bolniki brez kontraindikacij 1–5 let),
- zaviralci angiotenzinske konvertaze (vsi bolniki brez kontraindikacij vsaj 6 tednov),
- antikoagulacijska zdravila (vsi bolniki po ishemični možganski kapi trajno) (Kotnik, 2007).

5.3 Terciarna preventiva (trajno ali akutno zdravljenje)

Bolniki, ki so utrpeli kap, imajo mnogo večje tveganje, da se kap ponovi. Ker je možna posledica možganske kapi tudi prezgodnja smrt, je izvajanje zdravljenja ključnega pomena. Vodenje ogroženega bolnika vključuje odstranjevanje ali vsaj omejevanje dejavnikov tveganja in predpisovanje določenih zdravil (Kotnik, 2007).

6 POMOČ

V psihiatriji se ne zdravi duševnih motenj, ampak paciente. To pomeni, da je pacient dejaven subjekt v procesu zdravljenja, ne pa pasiven objekt, ki ga strokovnjaki zdravijo. Pacient torej aktivno sodeluje v postopku zdravljenja (Ziherl, 1999).

Med različnimi predeli možganov znanstveno raziskovanje odkriva vedno nove neurotransmitterske povezave. Nove psihoterapevtske metode ponujajo vedno več razumevanja, kako posamičen človek (s takim ali drugačnim neurotransmitterskim sistemom) misli, čustvuje, zaznava, se odziva in vede. Raziskovanje različnih vplivov življenjskega okolja pa razkriva, kako vplivajo številni obremenilni dejavniki (oziroma dejavniki tveganja) na posameznika ter kako pri nastanku duševnih motenj sodelujejo (Ziherl, 1999).

Celosten program zdravljenja običajno ni sestavljen le iz ene metode terapije, pač pa iz več metod. V procesu zdravljenja se kombinirajo različni načini, odvisni od potreb in odzivnosti bolnika na zdravljenje in individualne pripravljenosti: medikamentozno zdravljenje (biološka metoda zdravljenja), psihoterapevtska metoda (psihoterapija), vključitev družine ali partnerja (družinska ali partnerska terapija), kinezioterapija (gibalna terapija), resocializacijski ali rehabilitacijski postopek, zaposlitvena terapija, terapija z umetnostjo (Ziherl, 1999).

Na voljo je veliko terapevtskih postopkov, ki se uvrščajo v štiri skupine:

- terapevtski odnos pacient–zdravnik,
- psihoterapevtski postopki,
- biološke terapije,
- socioterapija in rehabilitacija (Ziherl, 1999).

6.1 Psihoterapija

Psihoterapija je zdravljenje duševnih motenj in bolezni s psihološkimi sredstvi (Ziherl, 1999).

H. Strotzke je psihoterapijo definirala tako:

"Psihoterapija je:

- načrtovano vplivanje posameznika ali majhnih skupin oseb na tistega, ki je te vrste zdravljenja potreben,

- pri čemer je orodje, ki se pri zdravljenju uporablja, osebnost tistega, ki zdravi (terapevta), posrednik pa največkrat beseda,
- temelji pa to zdravljenje na izdelani psihološki teoriji,
- v praksi se uveljavlja s tehnikami, ki jih je mogoče definirati, opisati in tudi posredovati tistim, ki bi se s to metodo želeli seznaniti,
- njen namen pa je zdraviti v prvi vrsti motnje, ki so zrastle iz čustvenih in nagonskih navzkrižij, v katera zaide človek kot osebnost, ko se poravna z zahtevami življenja v družbi."

Wolberg (1972) definira psihoterapijo tako:

"Psihoterapija je zdravljenje čustvenih težav s pomočjo psiholoških sredstev, v katerem usposobljeni človek vzpostavi poklicen odnos s pacientom, da bi (1) odstranil ali modificiral obstoječe simptome; (2) spremenil moteče oblike vedenja in (3) spodbujal pozitivno osebnostno rast in razvoj." (Ziherl, 1999).

Cilj psihoterapije je osebnostno dozorevanje in doseganje osebnostne zrelosti. Zrel človek je po V. Satirjevi tisti, ki je:

- "sposoben obvladovanja samega sebe,
- sposoben odločanja, kar je posledica pravilnega dojetja samega sebe, drugih in družbenega okolja,
- sposoben sprejemati odgovornost za svoje ravnanje,
- v stiku s svojimi čustvi,
- sposoben odkrito komunicirati z drugimi,
- sposoben sprejeti druge ljudi kot drugačne od sebe,
- pripravljen videti te razlike kot priložnost za učenje, ne pa kot ogroženost."

Obstaja več različnih psihoterapevtskih metod, ki se razlikujejo po svojih teoretskih izhodiščih. Te metode so psihoanaliza, neoanalitske in psihodinamske psihoterapije, vedenjska psihoterapija, kognitivna psihoterapija in humanistične psihoterapije (Ziherl, 1999).

6.2 Biološke metode zdravljenja (medikamentozno zdravljenje)

Biološka terapija (oziroma organska, somatska) je zdravljenje duševnih motenj s kemičnimi in fizikalnimi učinkovinami, s hormoni ali operativnim posegom (Žvan, 1999).

Psihofarmakološko zdravljenje je danes temelj celostne terapije obravnavanja težjih duševnih motenj. Celostna terapija zajema psihofarmakološka, psihoterapevtska in socioterapevtska prizadevanja (Žvan, 1999).

6.2.1 Zdravljenje duševnih motenj z zdravili

Med antidepresivi se vedno bolj uveljavljajo selektivni zaviralci ponovnega privzema serotonina (SSRI), saj jih bolniki bolje prenašajo (imajo manj stranskih učinkov). Pomembna je bila uvedba stabilizatorjev razpoloženja, ki se uporabljajo predvsem za uravnavanje razpoloženja pri bipolarni motnji (litij, karbamezapin, valproati). Dobrodošla je bila tudi uvedba selektivnih in reverzibilnih inhibitorjev MAO, ki imajo manj toksičnih učinkov od njihovih ireverzibilnih predhodnikov. Obstaja še veliko drugih zdravil, ki se uporabljajo v psihofarmakologiji. Med antipsihotiki oziroma nevroleptiki so se kot boljši izkazali atipični nevroleptiki, saj so učinkoviti antipsihotiki z manj stranskimi učinki od klasičnih nevroleptikov (Žvan, 1999).

Kljub pozitivnim vplivom zdravil v zdravljenju duševnih motenj pa se je potrebno zavedati tudi njihovih negativnih lastnosti. Popolna zdravila brez stranskih učinkov danes še ne obstajajo. Zdravila, ki so trenutno v uporabi, vplivajo le na simptome oziroma na potek bolezni, torej ne zdravijo bolezni same. Današnja psihofarmakološka zdravila niso nenevarna zdravila; imajo številne stranske učinke in med zdravljenjem so možni številni neželeni zapleti. Zelo se je razširila raba zdravil in z njo tudi zloraba. Pri nekaterih anksiolitiki se lahko hitro razvije zasvojenost, so pa najpogosteje predpisana skupina zdravil (Žvan, 1999).

Zavedati se je potrebno, da medikamentozna terapija sama po sebi ne bo pozdravila duševne motnje. Mnogi ljudje zmotno verjamejo, da bodo konzumirali zdravila in se bodo motnje odpravile same, pomembno pa se je zavedati, da celostna terapija vključuje poleg medikamentozne terapije še psihoterapijo in dejavno vključevanje v okolje in družbo, kar vse skupaj pozitivno vpliva na potek duševne motnje in možno izboljšanje. Na izboljšanje spoznavnih sposobnosti oziroma vsaj na ohranjanje obstoječih sposobnosti pozitivno vplivajo različne umske vadbe (križanke, sudoku, šah).

6.2.1.1 Najpogosteje uporabljene skupine zdravil

Anksiolitiki

Anksiolitiki se uporabljajo za lajšanje tesnobe in strahu.

Benzodiazepini

Benzodiazepini imajo anksiolitične (lajšajo tesnobo), hipnotične (uspavalne), sedativne (pomirjevalne), antikonvulzivne (blažijo krče) in mišično relaksantne učinke in lastnosti.

V podobnih odmerkih so različni benzodiazepini podobno učinkoviti, moč posameznih učinkov pa se lahko razlikuje. Nekateri imajo močnejši hipnotični učinek, drugi imajo močnejši anksiolitični učinek, spet tretji imajo močnejši antikonvulzivni učinek. Vsi benzodiazepini pa vplivajo tudi na kognitivne (spoznavne) funkcije, kar je nezaželen stranski učinek (Kores Plesničar, 1999).

Benzodiazepini so v uporabi za uravnavanje tesnobe, reakcij na stresne situacije, motnje spanja, depresivne motnje, somatomorfne motnje, akutna stanja (razdražljivost, vznemirjenost, močan strah) (Kores Plesničar, 1999).

Nebenzodiazepinski anksiolitiki

Med nebenzodiazepinske anksiolitike prištevajo buspiron in njegove analoge. Njihov učinek je anksiolitičen. Ne vplivajo na sedacijo (pomiritev), mišično relaksacijo in ne delujejo antikonvulzivno (Kores Plesničar, 1999).

Antidepresivi (triciklični antidepresivi, selektivni inhibitorji ponovnega privzema serotonina (SSRI), inhibitorji monoaminooksidaze (MAOI), ostali antidepresivi)

Antidepresive se uporablja za zdravljenje depresije, generalizirane anksioznosti, obsesivno – kompulzivne motnje in motenj hranjenja.

Zdravljenje depresije

Zdravljenje depresije pozitivno ne vpliva le na razpoloženje bolnika, pač pa izboljša tudi bolnikovo sodelovanje pri rehabilitaciji; torej izboljša uspeh celotne obravnave in zdravljenja (Tkavc, 2007).

Depresijo se lahko zdravi z zdravili ali s psihoterapijo, najučinkovitejša pa je kombinacija obojega hkrati. Zdravljenje z antidepresivi je učinkovito pri 65–75 % bolnikov z depresijo. Različni antidepresivi so v podobnih odmerkih primerljivo učinkoviti (Kores Plesničar, 1999).

Pri zdravljenju depresij je ključno:

- zmanjšati oziroma odstraniti vse simptome in znake depresivnega delovanja,
- ponovno vzpostaviti zaposlitvene in psihosocialne funkcije,
- zmanjšati možnost ponovitve (Kores Plesničar).

Začetna izbira antidepresiva lahko izhaja iz:

- predhodne odzivnost bolnika na zdravljenje,
- sodelovanja bolnika v zdravljenju,
- družinske anamneze odzivnosti na zdravljenje,
- vrste depresije,

- hkratnih somatskih obolenj in njihovega zdravljenja,
- profila kratkotrajnih in dolgotrajnih stranskih učinkov antidepressivov,
- potenciala za součinkovanje z drugimi zdravili,
- stroškov (Kores Plesničar, 1999).

Prvi klinični učinki se pojavijo, ko bolnik antidepressiv redno jemlje v optimalnih odmerkih štiri do šest tednov. Največkrat je prvi znak uspešnosti zdravljenja prenehanje nespečnosti. Popolna remisija simptomov navadno nastopi po desetih do dvanajstih tednih zdravljenja z antidepressivi (Kores Plesničar, 1999).

Antipsihotična zdravila (nevroleptiki)

Kot pri uporabi antidepressivov tudi terapevtski učinki antipsihotikov ne nastopijo takoj ob začetku zdravljenja, pač pa po približno 6–8 tednih rednega jemanja (Kores Plesničar, 1999).

Antipsihotična zdravila se uporabljajo za lajšanje psihomotornega nemira, blodenj, afektivne napetosti, zaznavne motnje, katatonih elementov.

Na to, katere antipsihotike izbrati za določenega posameznika, vpliva več dejavnikov:

- klinična slika,
- starost in metabolne sposobnosti bolnika,
- farmakološke lastnosti zdravila,
- profil stranskih učinkov,
- način aplikacije (vnosa) zdravila,
- predhodno odzivanje na antipsihotike,
- sodelovanje bolnika v zdravljenju.

Različni učinki antipsihotikov se pojavijo ob različnih časih, ne vsi hkrati. Takoj ob pričetku jemanja se pojavijo sedativni (pomiritveni) učinki, medtem ko se antipsihotični učinki pojavijo po 2–6 tednih rednega jemanja (Kores Plesničar, 1999).

6.3 Pomen socialnih odnosov

Vzdrževanje pozitivnih socialnih odnosov ima izjemen vpliv na kvaliteto življenja po možganski kapi. Ob vprašanju, kako je kap vplivala na kvaliteto življenja, je večina bolnikov izpostavila spremembe družbenih odnosov (Nacionalni inštitut za zdravje, 2008). Tematike, povezane s socialnimi odnosi, vključujejo socialno podporo, predvsem pa pomanjkanje podpore bližnjih, občutke frustracije zaradi povišane odvisnosti od drugih in težje komuniciranje. Tematike, povezane s socialnimi odnosi, vključujejo čustvene težave

bolnikov zaradi sprememb v družbenih vlogah, predvsem prenehanje delovnega razmerja (Nacionalni inštitut za zdravje, 2008).

Družbeni odnosi zelo močno vplivajo na kvaliteto življenja pacientov po možganski kapi. Reakcije in obnašanje bližnjih na bolnikovo spremenjeno življenje in samostojnost močno vplivajo na kvaliteto življenja pacienta. Večina bolnikov po možganski kapi se mora zanašati na pomoč bližnjih pri vsakodnevnih aktivnostih, kar lahko negativno vpliva na samozavest bolnikov. Zatorej so družbeni odnosi kritični za preživetje bolnikov po možganski kapi in postanejo kritično pomembni za kvaliteto življenja po možganski kapi (Nacionalni inštitut za zdravje, 2008).

Socialna interakcija je dimenzija zdravja, ki je zelo pomembna za rehabilitacijo. Socialna podpora se pozitivno povezuje z zadovoljstvom v življenju in ima največji vpliv na kvaliteto življenja po možganski kapi. Ohranjanje pozitivnega mišljenja je odločilnega pomena pri okrevanju. Še dve leti po možganski kapi imajo preživeli povečano tveganje za depresijo, depresivni simptomi in apatičnost pa so povezani z upočasnjem funkcionalnim okrevanjem (Nacionalni inštitut za zdravje, 2008).

7 SKLEPI

Namen mojega zaključnega dela je bil raziskati problem duševnih motenj po možganski kapi; torej kako pogosto se med ljudmi, ki jih zadene možganska kap, pojavljajo, kako resno vplivajo na kakovost življenja bolnika, na kakšne načine spremenijo njegovo življenje.

Cilji diplomskega dela so boljša informiranost in pogostejša prepoznava duševnih motenj, saj bi na ta način lahko pozitivno spremenili življenja mnogih bolnikov. Posebej pomembno bi bilo potrebno pričeti intenzivneje delovati na področju preventive zdravja in destigmatizacije duševnih motenj, saj redki ljudje, ki trpijo za duševno motnjo, pomoč dejansko poiščejo, saj je stigma duševnih bolezni še vedno močno prisotna.

8 LITERATURA IN VIRI

Ačimovič Janežič, R., Angleitner, K., Antič, S., Clemenz, M., Erjavec, T., Goljar, N., Grad, A., Janša, J., Kavšek, A., Kovačič, F., Krelj, S., Pogačnik, T., Povše Trojar, M., Pražnikar, A., Radonjič Miholič, V., Rusjan, Š., Tušar, H. in Žemva, N. (2007). Po možganski kapi. Ljubljana: Združenja bolnikov s cerebrovaskularno boleznijo Slovenije.

Babič, M., Colarič, D., Eder, K., Elbl, T., Kompolšek, T., Murko, A., Špilak, M. (2007). Izzivi družinske medicine. Maribor: Lek.

Caeiro, L., Ferro, J., Figueira, M. (2016). Neuropsychiatric sequelae of stroke, pridobljeno julija 2017 na <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27063107>.

Cardwell, C., Cupples, M., Donnelly, M., Heron, N., Kee, F. in Tully, M. (2017). Secondary prevention lifestyle interventions initiated within 90 days after TIA or "minor" stroke: a systematic review and meta-analysis of rehabilitation programmes, pridobljeno maja 2017 na <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5198618/>.

Clark, L. in Gillham, S. (2011). Psychological care after stroke, pridobljeno junija 2017 na https://www.nice.org.uk/media/default/sharedlearning/531_strokepsychologicalsupportfinal.pdf.

Colquhoun, A., Feinmann, J., Garton, J., Gillman, C., Lantin, B., Meredith, S. in Westcott, P. (2013). 1001 način za hitro okrevanje. Ljubljana: Mladinska knjiga.

Dernovšek, M., Mišček, I., Jeriček, H. in Tavčar, R. (2005). Skupaj premagajmo depresijo. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.

Dossa, A., Glickman, M. in Berlowitz, D. Association between mental health conditions and rehospitalization, mortality, and functional outcomes in patients with stroke following inpatient rehabilitation, pridobljeno maja 2017 na <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22085779>.

Društvo za preprečevanje možganskih in žilnih bolezni. Pridobljeno maja 2017 na <http://mozganska-kap.info/preventiva/>.

Goljar, N. in Kuralt, T. (2009). Kakovost življenja oseb po možganski kapi po zaključeni rehabilitaciji, pridobljeno julija 2017 na http://ibmi.mf.uni-lj.si/rehabilitacija/vsebina/Rehabilitacija_2009_No1_p09-16.pdf.

Grad, A. (2006). Depresija in možganska kap, pridobljeno julija 2017 na <http://www.zdruzenjecvb.com/clanki/pdf/18-depresija-in-mozganska-kap.pdf>.

Hama, Yamashita, Yamawaki, Kurisu. (2011). Post-stroke depression and apathy: interactions between functional recovery, lesion location, and emotional response, pridobljeno na <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21447112>.

Kamin, T., Jeriček, H., Zorko, M., Bajt, M., Roškar, S. in Dernovšek, M. (2009). Duševno zdravje prebivalcev Slovenije. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja.

Kogoj, A. (2013). Disorders in elderly age and the environment, pridobljeno maja 2017 na <http://www.zdruzenjecvb.com/clanki/pdf/10-dusevne-motnje-po-mozganski-kapi.pdf>.

Kolb, B. in Whishaw, I. (2003). Fundamentals of human neuropsychology. New York: Worth publishers.

Kores Plesničar, B. (2006). Psihiatrične motnje pri bolnikih z možgansko-žilnimi boleznimi. V Žvan, B. in Bobnar Najžer, E. (ur.), Spoznajmo in preprečimo možgansko kap (247-252). Ljubljana: Društvo za zdravje, srce in ožilja.

Musek, J. (1977). Psihologija osebnosti. Ljubljana: Univerzum.

Nacionalni inštitut zdravja. (2008). A qualitative study of quality of life after stroke: The importance of social relationships, pridobljeno julija 2017 na <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18758667>.

Powell, T. (2007). Poškodbe glave: praktični vodnik. Ljubljana: Društvo Vita za pomoč po nezgodni poškodbi možganov.

Smith, L. in Elliot, C. (2009). Depresija za telebane. Ljubljana: Pasadena.

Robinson, R. (2003). Poststroke Depression: Prevalence, Diagnosis, Treatment, and Disease Progression, pridobljeno maja 2017 na <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12893112>.

Strgar-Hladnik, M. Možganska kap, pridobljeno julija 2017 na <http://www.drmed.org/wp-content/uploads/2014/06/IV-31.pdf>.

Švigelj, V. Kaj je možganska kap? Pridobljeno maja 2017 na http://www.viktorsvigelj.si/kaj_nudimo.php/mozganska_kap.html.

Tomori, M. in Zihlerl, S. (1999). Psihijatrija. Ljubljana: Medicinska fakulteta.

Vogrin Hudopisk. (2010). Depresija pri bolnikih po možganski kapi: ocenjevalne lestvice in vpliv na izid rehabilitacije, pridobljeno maja 2017 na http://ibmi.mf.uni-lj.si/rehabilitacija/vsebina/Rehabilitacija_2010_No2_p53-59.pdf.

World health organization. (2011). Mental health Atlas. Geneva: WHO.