

Moždani udar: uzroci, posljedice te mogućnosti suočavanja i oporavka

Josip BOŠNJAKOVIĆ

Valentina HORVAT

profesor psihologije na Katoličkom bogoslovnom fakultetu u Đakovu i Hrvatskom katoličkom sveučilištu u Zagrebu

dipl. teol., Čepin

Moždani udar (cerebrovaskularni inzult) postao je vodeći javnozdravstveni problem. Procjenjuje se da od moždanog udara godišnje oboli oko četiri milijuna ljudi. Radi se o neurološkom poremećaju koji nastaje zbog poremećene cirkulacije u mozgu, i do kojeg dolazi naglo i neočekivano. Moždani udar na osobi ostavlja teške fizičke i psihičke posljedice. Psihičke posljedice najčešće osobu karakterno izmijene, pa nakon moždanog udara imamo osobu koja ni fizički ni psihički više nije sposobna samostalno živjeti i obavljati svakodnevne funkcije. Svaku osobu čine fizička, psihička, društvena i duhovna dimenzija, od kojih sve, osim zadnje navedene, mogu biti narušene. Duhovna dimenzija je ona koja čini čovjeka i omogućuje mu ostvarivanje relacije sa Stvoriteljem. Nakon moždanog udara osoba najčešće postaje osoba s posebnim potrebama, otežano hoda, govori, slabije vidi, ali i dalje posjeduje onu religioznu podsvijest i duhovnu dimenziju preko koje je povezana s Apsolutnim, s Bogom. Na umu uvijek moramo imati dostojanstvo ljudske osobe, koje je jednako u svim okolnostima života, te svakom čovjeku moramo pristupiti cjelovito, obuhvaćajući njegovu fizičku, psihičku, društvenu i duhovnu komponentu.

1. Moždani udar

Moždani udar označava naglo nastali poremećaj funkcioniranja živčanog sustava uzrokovan poremećajem moždane cirkulacije, koji traje dulje od 24 sata.¹ Vrste moždanog udara dijelimo ovisno o mehanizmu nastanka oštećenja mozga. Tako razlikujemo ishemijski i hemoragijski moždani udar.

Ishemijski moždani udar nastaje nakon iznenadnog prekida cirkulacije u dijelu mozga, s posljedičnim gubitkom neuroloških funkcija, razmjerno veličini i lokalizaciji zahvaćene ishemične regije. Dva su osnovna uzroka nastanka cerebrovaskularnih

ishemijskih udara: embolija ekstrakranijalnog podrijetla i tromboza. Pri embolizaciji najčešći izvori su valvularni trombi, muralni trombi i atrijalni mikrosomi. Tromboza najčešće nastaje na mjestima aterosklerotičnih suženja lumena krvne žile, gdje se pojavljuje turbulentan tijek krvi, praćen pojačanom adherentnošću krvnih stanica. Rezultat tih zbivanja nastanak je ugrušaka koji se mogu otrgnuti od stijenke i postati embol ili sužavati lumen krvne žile sve do njezina potpunog začepljenja.²

Hemoragijski moždani udar nastaje puknućem krvne žile i prodiranjem krvi u okolno tkivo. Hemoragijski moždani udar može se podijeliti u dva osnovna oblika: intracerebralno krvarenje i subarahnoidalno krvarenje. Intracerebralna hemoragija nastaje prsnućem aterosklerotski promijenjene moždane arterije, a krv se izliva u mozak. Subarahnoidalna hemoragija nastaje iznenadnim krvarenjem u subarahnoidalne prostore (na površini mozga), a krvarenje se odvija u likvorskim prostorima.³

»Prema velikim međunarodnim istraživanjima, ishemijske cerebrovaskularne bolesti pojavljuju se u 80 %, a hemoragijske u 20 % slučajeva. Kliničke manifestacije obaju moždanih udara slične su i njihovo razlikovanje u prvim satima nije jednostavno, ali je veoma važno jer su i dijagnostički protokoli i rana terapija različiti.«⁴

1.1. Epidemiologija moždanog udara

Više od 50 % bolesnika hospitaliziranih na neurološkim odjelima bolesnici su s moždanim udarom.⁵

² Usp. V. ŠIMUNOVIĆ, *Neurokirurgija*, Medicinska naklada, Zagreb, 2008., 316-320.

³ Usp. Isto, 329-331.

⁴ Isto, 316.

⁵ Ž. BAKRAN – I. DUBROJA – S. HABUS – M. VARJAČIĆ, Rehabilitacija osoba s moždanim udarom, u: *Medicina Fluminensis* 48 (2012.) 4, 381.

¹ V. DEMARIN, *Moždani krvotok. Klinički pristup*, Naprijed, Zagreb, 1994., 52.

Moždani udar je po učestalosti treći uzrok smrtnosti i prvi uzrok invalidnosti u razvijenim zemljama, a u Hrvatskoj je posljednjih nekoliko godina drugi uzrok smrtnosti i prvi uzrok invalidnosti. U SAD-u je 1977. godine cerebrovaskularni inzult bio uzrok smrti u 182 000 bolesnika. Po nekim podacima, cerebrovaskularna bolest čak je i značajnija od kardiovaskularne, zbog smrtnosti u akutnoj fazi i visokog stupnja invalidnosti preživjelih, kako zbog motoričkih smetnji tako i zbog psihičkih promjena oboljelih.⁶

Moždani udar među deset je vodećih uzroka smrtnosti u Osječko-baranjskoj županiji i prvi u 2007. godini – 676 smrtnih slučajeva, što je za 16,4 % više od svih ostalih smrtnih slučajeva. Stopa smrtnosti od cerebrovaskularnih bolesti veća je u žena nego u muškaraca, 245,6 (žene) i 160,1 (muškarci) na 100 000 stanovnika. Broj pacijenata hospitaliziranih u Kliničkoj bolnici Osijek zbog moždanog udara stalno se povećava. U 2001. zbog moždanog udara hospitaliziran je 781 bolesnik, dok je 2007. hospitalizirano 1.065 bolesnika.⁷ U jednoj godini moždani udar doživjet će 2.400 stanovnika. Za njih 75 % bit će to prvi udar, a ostatak će činiti recidivi prijašnjih udara. Istraživanja pokazuju visoke stope prevalencije cerebrovaskularnih bolesti na području Osječko-baranjske županije i potvrđuju te bolesti kao vodeći medicinski i javnozdravstveni problem na području istočne Hrvatske.⁸ Podatci za Hrvatsku pokazuju stalan porast oboljelosti i smrtnosti od moždanog udara. Sličan nepovoljan trend porasta učestalosti moždanog udara bilježi se i u ostalim državama srednje i istočne Europe, kao i u većini zemalja u razvoju, pa se u nadolazećim desetljećima predviđa epidemija moždanog udara.⁹

1.2. Faktori rizika za nastanak moždanog udara

Kombinacijom epidemioloških studija, patoloških istraživanja i kliničkih opservacija došlo se do koncepcije o potrebi razlikovanja etioloških faktora nastanka cerebrovaskularnih bolesti ili moždanog udara, od onih precipitirajućih faktora koji ubrzavaju, precipitiraju nastanak cerebrovaskularne bolesti [tzv. *trigger* (okidač) faktori].¹⁰ Ti posljednji faktori

nazivaju se faktori rizika, pa se općenito smatra da kombinacija triju ili više rizičnih faktora znatno povećava mogućnost nastanka moždanog udara.

Postoje faktori rizika na koje se može utjecati i oni na koje se ne može utjecati. Čimbenici rizika na koje se ne može utjecati:¹¹

- a) Dob – jedan od naznačajnijih čimbenika rizika za nastanak moždanog udara. Poznato je kako nakon 60. godine života rizik raste otprilike 10 % sa svakim sljedećim desetljećem starosti.
- b) Spol – poznato je da su muškarci skloniji nastanku moždanog udara u generativnoj životnoj dobi. Međutim, nakon menopauze rizik nastanka moždanog udara raste i u ženskoj populaciji. Dakle, ta činjenica dovodi do pojave da u starijoj životnoj dobi u apsolutnom broju ima više žena s moždanim udarom.
- c) Nasljeđe – također je značajno u nastanku ateroskleroze i cerebrovaskularne bolesti, ali se i dalje ne može reći kako je moždani udar nasljedna bolest.

Još treba spomenuti kako je kod osoba koje su već preboljele moždani udar puno veći rizik od ponovnog moždanog udara.

Čimbenici rizika na koje se manjim ili većim dijelom može utjecati:¹²

- a) Arterijska hipertenzija (povišeni krvni tlak). Najznačajniji je čimbenik rizika za nastanak moždanog udara. Smatra se kako je u osoba s povišenim tlakom ugroženost od moždanog udara čak 3-4 puta veća nego kod osoba s normalnim tlakom. Liječenje povišenog krvnog tlaka značajno smanjuje rizik od moždanog udara.
- b) Dijabetes (šećerna bolest).¹³ Ustanovljeno je kako je rizik od moždanog udara kod osoba s dijabetesom koje se liječe dijetom ili oralnim antidijabetičima dvostruko veći, a kod dijabetičara ovisnih o inzulinu gotovo triput veći. Razina šećera u krvi iznad 8.8 mmol/l dvostruko povećava ugroženost. Učinak dijabetesa najčešće je kombiniran s drugim faktorima rizika kao što su arterijska hipertenzija i srčane bolesti. Međutim, nije dokazano da kontrola koncentracije glukoze u krvi djeluje povoljno na sprečavanje moždanog udara, već sama šećerna bolest predstavlja čimbenik rizika za nastanak ateroskleroze (nakupljanje štetnih tvari na površini krvnih žila) koja kasnije dovodi do moždanog udara.

⁶ B. BARAC i sur., *Neurologija*, Naprijed, Zagreb, 1992., 243.

⁷ Usp. N. PRLIĆ – D. KADOJČIĆ – M. KADOJČIĆ – R. GMAJNIĆ – A. PRLIĆ, Quality of life of patients after stroke in county of Osijek-Baranya, Croatia, u: *Collegium Antropologicum* 34 (2010.) 4, 1379-1390.

⁸ Usp. D. KADOJČIĆ, Važnost istraživanja epidemiologije moždanog udara u Hrvatskoj, u: *Medicinski vjesnik* 33 (2005.), Osijek, 23.

⁹ Usp. V. DEMARIN, Moždani udar. Rastući medicinski i socijalno-ekonomski problem, u: *Acta Clinica Croatica* 43 (2004.) 3, 9-13.

¹⁰ Usp. B. BARAC i sur., *Nav. dj.*, 253.

¹¹ Usp. *Isto*, 253-254.

¹² Usp. Z. TRKANJEC, Prevencija moždanog udara, u: *Acta Clinica Croatica* 43 (2004.) 1, 29-32.

¹³ Lat. *Diabetes melitus*.

- c) Srčane bolesti. Iako se u klasičnim neuroepidemiološkim studijama srčane bolesti ubrajaju u čimbenike ugroženosti, prema nekim suvremenijim shvaćanjima, neki srčani poremećaji mogu prouzročiti moždani udar. U tom smislu, srčane se bolesti navode kao treći čimbenik ugroženosti, poslije čimbenika dobi i hipertenzije.
- d) Tjelesna neaktivnost i prekomjerna tjelesna težina. Smatra se da je povoljan učinak povećane tjelesne aktivnosti na snižavanje rizika za nastanak moždanog udara posljedica učinka na snižavanje povišenih vrijednosti tlaka, smanjivanje tjelesne težine i poboljšanje tolerancije glukoze. Novija istraživanja pokazuju da je abdominalni tip pretilosti značajan neovisni čimbenik rizika za nastanak moždanog udara.
- e) Stres. Uzrokuje povećanu učestalost srčanih i moždanih bolesti.
- f) Pušenje. Značajno pridonosi učestalosti moždanih udara. Rizik se povećava s brojem popušanih cigareta. Pušači imaju znatno višu razinu ukupnog kolesterola, triglicerida i štetnih lipoproteina. Novija istraživanja pokazuju kako pušenje povećava rizik za nastanak moždanog udara i za 50 %. Framinghamska studija pokazala je da se nakon pet godina nepušenja rizik od nastanka moždanog udara izjednačava s rizikom u nepušača.
- g) Oralni kontraceptivi. Često su razlog slučajeva moždanog udara u mlađih ženskih osoba, osobito ako su udruženi s drugim faktorima rizika, kao što su hipertenzija i pušenje. U studiji Svjetske zdravstvene organizacije u zemljama u razvoju rizik od moždanog udara bio je značajno veći kod žena koje su uzimale oralne kontraceptive, pogotovo one s visokim sadržajem estrogena.
- h) Alkohol. Čest faktor rizika za nastanak moždanog udara.¹⁴ Naša istraživanja pokazala su da su krvne žile alkoholičara prosječno deset godina starije od njegove biološke, stvarne starosti.
- i) Opojne droge. Upotreba kokaina, pogotovo u njegovu alkaloidnom obliku (*crack*), povezana je s povećanom učestalošću ishemijskih i hemoragijskih moždanih udara.¹⁵

2. Posljedice moždanog udara na ličnost i/ili ponašanje

Promjena ličnosti dugotrajni je model unutrašnjeg doživljavanja i ponašanja koji izrazito odstupa od očekivanog.¹⁶ Psihodinamička adaptacija ličnosti

uočava se u reakciji bolesnika na bolest. Prirodno je da ishod reakcije na bolest ovisi o mnogo faktora, kao što su ličnost bolesnika, vrsta i težina bolesti, dob bolesnika te vanjske okolnosti u kojima bolesnik živi.¹⁷

Članovi obitelji često izvještavaju da se ličnost osobe koja je doživjela moždani udar promijenila ili da je ona čak postala 'potpuno druga osoba' u odnosu na razdoblje prije bolesti. Moždani udar kod većine ljudi uzrokuje manje ili više izražene psihičke teškoće. One dolaze do izražaja i u ponašanju prema drugim ljudima. Promijenjeno ponašanje nakon moždanog udara može biti i posljedica moždanog oštećenja, a ne samo psihička reakcija na bolest. Neovisno o uzroku, ponašanje osobe može se u tolikoj mjeri promijeniti u negativnom smjeru da mogu biti ugroženi međuljudski odnosi.¹⁸ Kako bi se takvo poremećeno ponašanje 'savlado', preporuča se, uz djelomično nužno liječenje lijekovima, primijeniti ponajprije bihevioralnu terapiju.¹⁹

Pitamo se što se zbiva u psihičkom životu čovjeka koji je bolestan i najprije govorimo o slici vlastita tijela. Naše vlastito tijelo zauzima posebno mjesto u našem psihičkom životu, no za razvoj slike o vlastitu tijelu vrlo je važan stav drugih prema njemu. Tijekom života svaki čovjek gradi i vlastitu sliku o sebi koja uključuje osobnu predodžbu i naš osobni doživljaj sebe, ali i naše 'tjelesno' i 'psihičko'.²⁰ Kod osoba koje su pretrpjele moždani udar i imaju teže psihičke posljedice, vlastita slika o sebi se mijenja više nesvjesno nego svjesno. Naime, osoba ne može realno sagledati cjelokupnu stvarnost, postaje nesigurna, ovisna o okolini i pretjerano koncentrirana na sebe.

2.1. Neke karakteristike osobe koja je preboljela moždani udar

Moguće promjene ličnosti i/ili ponašanja su: agresivno ponašanje, smanjen elan/ravnodušnost, gubitak kontrole nad plakanjem i smijanjem, pojačana izraženost postojećih osobina ličnosti:

- a) Agresivno ponašanje. Često se događa da svi mi dođemo u poneku lošu fazu i manje se uspijeva-

¹⁷ Usp. D. BLAŽEVIĆ – E. CIVIDINI-STRANIĆ – M. BECK-DVORŽAK, *Medicinska psihologija*, Jugoslavenska medicinska naklada, Zagreb, 1979., 117.

¹⁸ Usp. C. MICHAEL, *Moždani udar. Putovi do snage i nove životne hrabrosti*, Naklada Slap, Jastrebarsko, 2008., 37.

¹⁹ Bihevioralna terapija efikasan je oblik psihoterapije čija je učinkovitost dokazana brojnim kliničkim studijama u liječenju različitih psihičkih poremećaja. Glavne smjernice bihevioralne terapije su verbalna komunikacija i interakcija između liječnika i pacijenta.

²⁰ Usp. D. BLAŽEVIĆ – E. CIVIDINI-STRANIĆ – M. BECK-DVORŽAK, *Nav. dj.*, 118-120.

¹⁴ Usp. B. BARAC i sur., *Nav. dj.*, 268-269.

¹⁵ Usp. Z. TRKANJEC, *Nav. dj.*, 29-32.

¹⁶ Usp. AMERIČKA PSIHIJATRIJSKA UDRUGA, *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje*, Naklada Slap, Jastrebarsko, 2014., 645.

mo kontrolirati nego inače pa tako negativnim emocijama dajemo oduška. Kod osoba koje su pretrpjele moždani udar, zbog bolesti i njezinih posljedica (koje izazivaju negativna čuvstva), agresivno se ponašanje javlja češće. Povećana razdražljivost i agresija često dovodi do sukoba u obitelji. Osobe se žale nakon agresivnog ponašanja, ali smatraju da ne mogu uspjeti kontrolirati svoje ponašanje. Članovi obitelji takvo ponašanje ne smiju shvaćati kao napad na njih, ali, također, ne bi trebali ni sve prihvatiti, već ipak pokušati takvo ponašanje ne shvatiti kao namjerno osobno povređivanje i nikako odgovoriti protunapadom i svađom. Najbolje bi bilo objasniti da je takvo ponašanje uvredljivo i bolno. Agresivni ispadi mogu imati negativne posljedice ne samo na odnose s obitelji, već i s prijateljima, rođacima, znancima. Život u zajednici trajno je moguć samo ako se svi pridržavaju određenih pravila ponašanja. Zato oboljelu osobu treba suočiti s njenim ponašanjem, osobito zato što ga često nije ni svjesna.

- b) Generalizirani anksiozni poremećaj. Glavno je obilježje ovoga poremećaja pretjerana anksioznost i zabrinutost. Osobe teško mogu kontrolirati zabrinutost.²¹ Javlja se u 20 % do 30 % oboljelih osoba, ovisno o vremenu koje je proteklo od moždanog udara. Praćen je čestim i nekontroliranim strahom koji traje duže vrijeme, najmanje šest mjeseci, i uključuje osjećaje nemira, oslabljene sposobnosti koncentracije, razdražljivosti, napetosti mišića i/ili poremećaje spavanja. Anksioznost nakon moždanog udara može negativno utjecati na oporavak te je povezana sa smanjenim aktivnostima svakodnevnog života i socijalnom disfunkcijom.²²
- c) Smanjen elan/ravnodušnost. Članovi obitelji često izvještavaju da je njima bliska osoba nakon moždanog udara 'izgubila' osobine koje su prije bile dio njezine ličnosti. Tako, npr. nekad aktivne, poduzetne i društvene osobe najednom svoj život provode pasivno, mora ih se poticati na bilo kakvu aktivnost, jedva pokazuju inicijativu i interes za vlastiti život i događanja u svom okruženju. Svi ti simptomi mogu biti pokazatelji depresivne reakcije, ali i izravna posljedica moždanog oštećenja. Ovisno o slučaju, mogu pomoći psihoterapija i terapija lijekovima. Važno je da članovi obitelji znaju da se kod promijenjenog ponašanja partnera ne radi o 'ne htjeti', već o 'ne moći'.

d) Gubitak kontrole nad plakanjem/smijanjem. Mnoge osobe nakon moždanog udara mogu biti sklonije plakanju, ali da nisu u tolikoj mjeri žalosne ili ganute. Suze se mogu pojaviti u svakoj situaciji koja izaziva čuvstva, a katkad je oboljeloj osobi neugodno kada se to dogodi u prisutnosti drugih ljudi. Smijanje ili plakanje nakon moždanog udara može se pojaviti i bez odgovarajućeg vanjskog događanja i ponajprije bez tome odgovarajućih čuvstava. Osoba plače, a da nije ni žalosna ni na neki drugi način ganuta ili se smije iako joj uopće nije do smijeha. Kako bi se izbjeglo da se drugi uvrijeđe ili budu neugodno ganuti jer osoba plače, treba ih upozoriti na bolesnikovu nemogućnost kontrole nad takvim oblicima ponašanja.

- e) Promjene u izraženosti osobina ličnosti. Može doći do promjena pojedinih osobina ličnosti, pri čemu određene osobine mogu postati jače izražene. Primjerice, ako je osoba prije bolesti bila posebno razdražljiva, nakon bolesti takva će biti u još većoj mjeri. Ako promjena ponašanja jako smeta, može ju se pokušati riješiti psihoterapijom.²³ Često se zna dogoditi da se osoba nakon bolesti jako zanemari, bilo što se tiče vanjštine, bilo što se tiče odnosa prema drugim ljudima. To je i najčešće znak očaja, pokazatelj da osoba gubi volju za stvarnim oblikovanjem svojega života. Vanjska i nutarnja zapuštenost tada vodi do još većega nezadovoljstva.²⁴

2.2. Emocionalne poteškoće nakon moždanog udara

Moždani udar donosi mnogo posljedica, kako onih lako uočljivih, poput poremećaja motorike ili govornih poremećaja, tako i onih teže prepoznatljivih ili skrivenih, a tiču se emocionalnih promjena. Loše psihičko stanje negativno djeluje na kvalitetu života isto kao i tjelesni ili kognitivni poremećaji. Dakle, smanjenje kvalitete života nakon moždanog udara ne ovisi samo o vrsti i veličini invaliditeta, već i o psihičkoj reakciji osobe. Kvaliteta života velikim dijelom ovisi i o tome kako se osoba može nositi ili naučiti nositi s posljedicama svoje bolesti. Dobrobit osobe u teškim životnim okolnostima na taj način značajno ovisi i o osobinama ličnosti i načinima suočavanja koje ima na raspolaganju.²⁵

Emocionalne reakcije osobe koja je doživjela moždani udar mogu biti neočekivane, zbunjujuće i teško je znati kako se nositi s njima, a one nastupaju poradi oštećenja nekog dijela mozga. Moždani udar

²¹ Usp. AMERIČKA PSIHIJATRIJSKA UDRUGA, *Nav. dj.*, 222-226.

²² Usp. L. CHRIKI – S. BULLAIN – T. STERN, The recognition and management of psychological reactions to stroke: A case discussion, u: *Prim care companion J Clin psychiatry* 8 (2006.) 4, 234.

²³ Usp. C. MICHAEL, *Nav. dj.*, 37-42.

²⁴ Usp. M. KLEVIŠAR, *Kako pripitomiti bolest*, UPT, Đakovo, 1993., 31-32.

²⁵ Usp. C. MICHAEL, *Nav. dj.*, 74.

dogodit će se bez ikakva upozorenja, a na isti način dolaze i promjene u ponašanju, mišljenjima i osjećajima.

Često će ovisiti o dva faktora:

1. osobnosti prije doživljenog moždanog udara (tj. kako se osoba nosila sa stresnim situacijama)
2. utjecaju moždanog udara na stil života.

Emocionalne reakcije mijenjaju se tijekom različitih stadija oporavka.²⁶ Emocionalne poteškoće koje slijede nakon moždanog udara su: strah od novog moždanog udara, osjećaji krivnje i pripisivanje krivnje, osjećaji srama, gubitak profesionalne djelatnosti, promijenjena uloga u obitelji, osamljenost i seksualnost.

- a) Strah od novog moždanog udara. Strah je prirodna reakcija na velike negativne promjene, a odnosi se najviše na nesigurnost glede vlastite budućnosti i strah da će zbog invaliditeta biti napuštena od partnera. Strah od novog moždanog udara jest opravdan, no promjenom načina života, tj. kontrolom čimbenika rizika i uzimanjem lijekova, može se smanjiti rizik od novog moždanog udara. Osim mijenjanja životnih navika, potrebno je promijeniti i vlastito ponašanje. Određena zabrinutost je poželjna jer daje uvid u nužnost promjene ponašanja, ali ako je izražena ili stalno prisutna, može imati negativne posljedice po psihičko, ali i tjelesno zdravlje. Kod prekomjernog straha korisne su psihoterapija i tehnike opuštanja.²⁷
- b) Osjećaji krivnje i pripisivanje krivnje. Kod osobe je često prisutan osjećaj krivnje spram partnera i djece, tj. osjeća se odgovornim zato što opterećuje obitelj svojom bolešću. Takvi osjećaji pojavljuju se kod gubitka profesionalne djelatnosti, ali i kad osoba ograničeno može obavljati kućanske poslove. Osjećaji krivnje mogu se pojaviti i kod članova obitelji jer smatraju da su mogli nešto napraviti da spriječe moždani udar. Tako osjećaji mogu dodatno pogoršati psihičko stanje oboljele osobe i članova obitelji, te pridonose razvoju depresije. Oboljela osoba i članovi obitelji trebali bi zajedno razgovarati i potražiti rješenje. Može se dogoditi da bolesnik i članovi obitelji smatraju da je obiteljski liječnik djelomično odgovoran za nastanak moždanog udara jer možda nije prepoznao čimbenike rizika ili ih nije dobro liječio. Obitelj, također, može prigovarati oboljelom što nije na vrijeme promijenio štetne životne navike (npr. pušenje) ili što nije redovito odlazio na kontrole liječniku. »Okripljavanje, opravdano ili ne, kao i osjećaji krivnje, iscrpljuju psihičku energiju

i imaju negativne posljedice za psihičku dobrobit. Mogu izazvati bijes i ogorčenje prema 'krivcu'. Takva vrsta negativnih emocija opterećuje nužno psihičko suočavanje s bolešću i članova obitelji i oboljele osobe.«²⁸

- c) Osjećaji srama. Osobe u kojih je moždani udar uzrokovao invaliditet često imaju smanjeno samopoštovanje jer im je potrebna pomoć druge osobe. Osjećaj srama ne pojavljuje se samo kod aktivnosti u kojima trebaju pomoć drugih (npr. medicinske sestre/tehničara), već se često srame i pred članovima obitelji, prijateljima, znancima ili prolaznicima na ulici. Događa se npr. ako netko zbog moždanog udara više ne može pravilno govoriti ili ne može točno pamtit i sadržaje razgovora i zato stalno mora postavljati pitanja ili ako zbog uzetosti visi ruka ili kut usana. S tim u vezi osoba se često boji da ga okolina zbog invaliditeta više neće smatrati 'potpunim' čovjekom i voljeti ga, odnosno da joj više neće biti drag. Često se pojavljuje osjećaj da se partner pred drugim ljudima srami i da je oboljeli za okolinu samo teret. Osjećaju da više ne pripadaju tom 'zdravom svijetu' jer drugi imaju nešto što njima nedostaje i ne mogu biti samostalni kao prije. Česta reakcija na to je pokušaj povlačenja iz 'zdravog svijeta'.²⁹ Važno je govoriti o takvim osjećajima s obitelji, ali i s prijateljima, jer će tako svaka strana osjetiti olakšanje. Napetost i nesigurnost često se javljaju kod osoba koje ne znaju kako da se odnose prema oboljelom u vezi s invaliditetom. Sigurno je dobro i preporuča se raditi na problemima osjećaja srama i naučiti se nositi s njima. Također, upućuje se na to da se dosadašnje (vlastite ili previsoke) kriterije vrednovanja razmotri i po mogućnosti promijeni. No, ne može se ići protiv sebe jer se tome najčešće previše suprotstavlja vlastita ličnost. Usprkos tome, to ne smije dovesti do toga da se osoba povuče i živi u samoći. Jedna mogućnost bila bi, primjerice, priključiti se nekoj grupi za samopomoć u kojoj se osoba neće doživljavati kao netko tko 'odstupa od norme' jer u toj grupi ona predstavlja normu.³⁰
- d) Gubitak profesionalne djelatnosti. Posao je za mnoge ljude važna sastavnica života i to ne samo iz ekonomskih razloga, već i zbog samopotvrđivanja, pozitivnih povratnih informacija te socijalnih veza pomoću kojih imamo određeni položaj u društvu. Jedna od najtežih posljedica moždanog udara je zasigurno gubitak profesionalne djelatnosti i rastanak s prošlošću. Oboljele osobe potrebno je uvijek uputiti i ohrabriti za neku drugu

²⁶ Izvor: Stroke SA 1992., <http://stroke.org.au/pdf/Stroke4.pdf> (pristupljeno 12. ožujka 2014.).

²⁷ Usp. C. MICHAEL, *Nav. dj.*, 47-48.

²⁸ Isto, 50.

²⁹ Usp. Isto, 50-53.

³⁰ Usp. Isto, 52-56.

profesionalnu djelatnost koju će obavljati lakše, ali pritom izbjegavati uspoređivanje s prijašnjom profesijom.³¹

- e) Promijenjena podjela uloga u obitelji. Posljedice koje uzrokuje invaliditet nakon moždanog udara mogu dovesti do toga da se unutar obitelji promijene uloge i zadatci, a pritom oboljela osoba gubi svoju prijašnju ulogu, što se vrlo negativno odražava na njezino psihičko stanje. Često se događa da oboljeli roditelj gubi autoritet i ne osjeća se jednako vrijednim partnerom u braku pa je jasno da takvo osjećanje lako vodi do krize samopoštovanja i depresivnog raspoloženja.
- f) Osamljenost. »Osamljenost je stanje koje izuzetno negativno djeluje na psihičku dobrobit pojedinca.«³² Osamljenost često za posljedicu ima depresivno raspoloženje. Nakon moždanog udara osoba želi smanjiti socijalne kontakte i povući se, npr. ako se srami zbog svog invaliditeta ili zbog smanjene mogućnosti opterećenja nakon moždanog udara.
- g) Seksualnost. Seksualnost nakon moždanog udara često postaje značajan problem među partnerima. Seksualne potrebe nakon moždanog udara mogu biti povećane ili smanjene. Smanjena seksualnost može biti posljedica smanjenog samopoštovanja kod osobe koja je doživjela moždani udar jer se radi o poremećenom osjećaju vlastite muževnosti ili ženstvenosti. Kod tjelesnog invaliditeta često dolazi do odbijanja vlastitog tijela i oboljela osoba ne može ni zamisliti da partneru još može biti privlačna i zadovoljiti potrebe, stoga u oboljele osobe postoji veliki psihički pritisak i strah da će biti ostavljeni. Nakon moždanog udara seksualne potrebe mogu biti povećane, a to je najčešće posljedica određenog moždanog oštećenja.³³

3. Putevi do nove snage

Odnosi s drugima, naročito s obitelji, partnerom i prijateljima, igraju značajnu ulogu u doživljenoj kvaliteti života. Od odlučujuće je važnosti jesu li međuljudski odnosi i nakon moždanog udara održani, promijenjeni ili je osoba sama. Osobu koja je pretrpjela moždani udar treba uputiti i na psihoterapiju, ako je potrebna, ali svakako ju u tome podržati. Znamo da postoji patnja, i to ne samo vlastita, nego i patnja bližnjega. Kao kršćani, pozvani smo učiniti sve što možemo kako bismo ju svladali, no najprije ju treba prihvatiti i naučiti podnositi.³⁴

3.1. Obitelj kao pružatelj pomoći

Nakon moždanog udara obitelj najčešće preuzima brigu o oboljeloj osobi, a već smo rekli i na koji je način cijela obitelj pogođena bolešću jednog člana. »Bolesnici koji ostaju u svojim obiteljima bolje procjenjuju svoje tjelesno i mentalno zdravlje.«³⁵ Brigu o oboljelom treba započeti još u bolnici pa sve do dolaska kući. Nakon moždanog udara mogu se pojaviti različiti poremećaji koji utječu na samostalnost bolesnika, bilo u psihičkom ili fizičkom smislu, i onemogućuju mu obavljanje svakodnevnih aktivnosti. Naime, moždani udar dogodi se odjednom te za njim najčešće ostaju teže i dugotrajne fizičke i psihičke posljedice.

Objektivno, teško je biti dugotrajno bolestan, ali je i za obitelj teško doživljavati patnju svoga člana i skrbiti se fizički za osobu koja većinu stvari ne može sama obavljati.³⁶ Članove obitelji treba informirati o bolesti i njezinim posljedicama te o samom napretku kako bi mu kod kuće znali pružiti odgovarajuću skrb. Podrška obitelji od iznimne je važnosti za pojedinca jer mu omogućava da lakše prebrodi i prihvati bolest i njezine posljedice. Možemo reći da je obitelj jedna zajednica koja ovdje uvelike pridonosi blagostanju i olakšava svaki korak u napredovanju.

Najbliži članovi obitelji mogu motivirati pojedince i uvjeriti ih da su poželjni, voljeni i potrebni. Nažalost, postoje situacije gdje obitelj ne želi skrbiti o osobi vezanoj za krevet i izbjegava primiti bolesnu osobu kući što je duže moguće ili ju nastoji preseliti iz bolnice u bolnicu ili poslati u dom ili udomiteljsku obitelj. Situacija je još teža kad su oni sami svjesni svoje bolesti i nesposobnosti.³⁷ Obično jedna osoba preuzima ulogu glavnog skrbnika, dok ostali članovi pomažu s vremena na vrijeme. Skrbnik ima veliku odgovornost u brizi za oboljelog, što može dovesti do preopterećenosti i poteškoća između partnera.

Kad partner koji je nekada vodio glavnu riječ nakon moždanog udara odjednom postane 'slabi' partner koji treba pomoć, kod zdravog partnera to može izazvati različite reakcije, ovisno o tome kako je doživljavao podjelu uloga prije bolesti. Ako je zdravi partner drugome rado prepuštao vodeću ulogu, možda će se sada s posljedicama bolesti osjećati preopterećenim. U tom slučaju postoji opasnost da zdravi partner, kako bi što prije vratio svoju 'staru' ulogu, pred oboljelog postavlja zahtjeve koje on zbog svojih nedostataka ne može ispuniti. Napetosti u vezi

³¹ Usp. Isto, 56-60.

³² Isto, 65.

³³ Usp. Isto, 66-67.

³⁴ Usp. A. JORES, *Čovjek i njegova bolest*, Biblioteka Oko tri ujutro, Zagreb, 1998., 96.

³⁵ Usp. N. PRLIĆ – D. KADOJIĆ – M. KADOJIĆ – R. GMAJNIĆ – A. PRLIĆ, *Nav. dj.*, 1390.

³⁶ Usp. D. BLAŽEVIĆ – E. CIVIDINI-STRANIĆ – M. BECK-DVORŽAK, *Nav. dj.*, 124.

³⁷ Usp. N. PRLIĆ – D. KADOJIĆ – M. KADOJIĆ – R. GMAJNIĆ – A. PRLIĆ, *Nav. dj.*, 1386.

koje iz toga proizlaze, često ljutnja i bijes zdravog partnera, a očaj i bespomoćnost kod oboljelog, negativno utječu na psihičku dobrobit ponajprije oboljelog i na održivost veze.

Drukčiji problem javlja se kad je zdravi partner i prije bolesti vodio vodeću ulogu u vezi koju sad zbog partnerova invaliditeta odjednom dobiva. U takvim slučajevima može se često zamijetiti da zdravi partner partnera koji je doživio moždani udar gura u ulogu 'bolesnog' i 'onoga kome je potrebna skrb', tj., u nesamostalnost. Sve radi umjesto njega i katkada stalno upire prstom na njegove nedostatke. Takvo ponašanje jako loše utječe na samopoštovanje i raspoloženje oboljelog. No, ima oboljelih osoba koje same zadržavaju ulogu onoga kome treba pomoći i traže da drugi obavljaju stvari koje bi zapravo same mogle učiniti. Za takvo ponašanje postoje različiti razlozi. Na taj način možda mogu izbjeći neugodne situacije (npr. telefonski razgovori jer se zbog govornog poremećaja može samo polagano govoriti) ili izbjegavaju određene radnje za koje zbog invaliditeta treba mnogo vremena (npr. oblačenje).

Drugi mogući razlog takva ponašanja jest da zbog nužne pomoći zdravi partner oboljelim posvećuje više pažnje, što je ovaj možda oduvijek želio. Ako je trajna nesamostalnost osobe izazvana posljedicama organskog poremećaja, zdravom partneru ne preostaje drugo nego prihvatiti dugotrajnu ulogu pomagača pa čak i skrbnika. To može dovesti do promjene čuvstava prema oboljelim partneru. Tako se partnerska ljubav može promijeniti u naklonost koja se u pravilu osjeća prema prijatelju ili braći i sestrama. Često zdravi partner osjeća krivnju jer oboljelog zbog bolesti više ne može voljeti kao prije. Stoga je kod takvih teškoća uputna pomoć terapeuta za partnerske odnose.³⁸

Pojedini članovi obitelji u potpunosti se posvećuju partneru zbog onog što mu se dogodilo. Potiskuju vlastite potrebe, a ako ih osoba i postane svjesna, ne zadovoljava ih. Zato je ponajprije važno da član obitelji spozna kako mora imati slobodnog prostora u kojem može skupiti snagu.

U ovim slučajevima uvelike može pomoći obiteljska psihoterapija koja »nalazi svoje mjesto kada patnja jednog ili više članova obitelji iznese na vidjelo disfunkcioniranje obiteljskog psihičkog aparata i njegovu zakazivanje«. ³⁹ Možemo reći da je obiteljska terapija potrebna kad se na neki način poremete obiteljske psihičke ovojnice koje ju štite od traumatičnih situacija u životu ili kad se unište obiteljske

veze koje su inače uporišne točke, tj. kad zavlada vremenska i generacijska zbrka, zbrka u vezama, ali također i zbrka pojedinih osoba i psihičkih razina u funkcioniranju obitelji.⁴⁰

Podrška prijatelja i održavanje odnosa s njima nakon moždanog udara pomaže oboljelim u psihičkoj prilagodbi jer zna da ga prihvaćaju takva kakav je, a samim time će i on bolje prihvatiti novonastalo stanje. No, nemaju svi takvu podršku. Mnogima od njih prijatelji okrenu leđa. Postoji mogućnost pridruživanja grupi za samopomoć i pronalaženja novog kruga ljudi. Neki oboljeli s tim u vezi izvještavaju da su 'stari' krug znanaca 'zamijenili' novim i tako se mnogo bolje osjećaju. Za oboljelog i njegovo često narušeno samopoštovanje naročito je važno da ga se cijeni kao oca ili majku, partnera, prijatelja ili rođaka, ali i kao čovjeka.

Bitno je za napomenuti da naši međusobni odnosi također utječu na tjelesno zdravlje. O kakvoći međusobnih odnosa ovisi hoće li se čovjek u cijelosti osjećati bolesnim ili zdravim, kao da napreduje ili nazaduje. Budući da smo kršćani, onda moramo vjerovati da je sam Bog ljubav i On nam se objavljuje u svakoj našoj gesti, odnosno prisutan je među nama pa i kad pomažemo bolesnom članu obitelji. U tome je tajna ljekovite moći naših međusobnih odnosa, dakle, Bog je onaj koji liječi.⁴¹

3.2. Psihoterapija

Možemo reći kako je psihoterapija proces učenja o sebi i vještinama ophođenja s vlastitom sudbinom. Jedan bi od ciljeva psihoterapije trebao biti da čovjeku pomogne u pronalaženju takva smisla vlastita postojanja koji će ga čitavog ispuniti i pomoći mu da tako osmišljen život živi dosljedno. Čovjeku treba pokazati da se ne smije opterećivati ili zadovoljiti analizom pogleda na prošlost ili da zbog bolesti koja ga je snašla živi u vremenu dok je bio zdrav i sposoban, te zbog toga ne postoji mogućnost napretka. Stoga je psihoterapija, kao npr. logoterapija, od velike važnosti i pomoći.⁴²

Važno je naglasiti kako depresija može zaista biti paralizirajuća i razorna, te je upravo zbog toga potrebno zatražiti profesionalnu pomoć. Za mnoge će to biti težak korak jer si osoba ne želi priznati da nakon moždanog udara još boluje i od depresije ili će se osjećati kao da se iz tog osjećaja ne može ni izvući. U takvim slučajevima potrebno je i liječenje

³⁸ Usp. C. MICHAEL, *Nav. dj.*, 87-92.

³⁹ S. NIKOLIĆ – V. VIDOVIĆ – M. MARANGUNIĆ – Z. BUJAS-PETKOVIĆ, *Obitelj – podrška mentalnom zdravlju pojedinca*, Naklada Slap, Jastrebarsko, 2008., 16.

⁴⁰ Usp. Isto, 17.

⁴¹ Usp. M. KLEVIŠA, *Kako pripitomiti bolest*, UPT, Đakovo, 1993., 9-10.

⁴² Usp. E. LUKAS, *Duhovna psihologija. Izvori smisljena života*, UPT, Đakovo, 2001., 15.

antidepresivima, uz psihoterapijski tretman. Protivno mnogim predrasudama, antidepresivi ne dovode ni do ovisnosti, ni do promjena ličnosti te je to, također, važno naglasiti oboljelima.⁴³

Psihoterapeuti i psihijatri pomažu identificirati psihičke poremećaje, te propisuju odgovarajuću terapiju ili traže neka druga rješenja koja će pomoći oboljelima. Dakako, oni imaju najveću odgovornost za osobe koje su pretrpjele moždani udar. Neuropsiholozi, također, kao osobe koje imaju znanje i uvid u samo ponašanje mozga nakon oštećenja, mogu poboljšati kognitivno i emocionalno funkcioniranje osobe.⁴⁴

3.3. Samopomoć

Važno je vjerovati kako svojim djelovanjem možemo utjecati na svoj život i naučiti se nositi s novim teškim životnim situacijama. Osobi koja je pretrpjela moždani udar treba dati do znanja da se ne smije predati, već sagledati što sve može učiniti i na koji si način pomoći. Najproduktivniji oporavak slijedi ako je osoba u stanju shvatiti da si sama najviše može pomoći.

Dakako, ne radi se o jednostavnoj bolesti niti o jednostavnom oporavku, ali osobe nakon moždanog udara treba poticati da što samostalnije ponovno oblikuju svoj život. Neki od načina su: aktivno suočavanje s teškoćama, što veća neovisnost i samostalnost, prihvaćanje novih granica vlastite učinkovitosti, novo područje djelovanja (novi hobiji), socijalno okruženje umjesto osamljenosti i povlačenja, otvoreni razgovori s obitelji i prijateljima.⁴⁵

3.4. Duhovna dimenzija egzistencije

Čovjek je jedinstven unatoč svojoj višestrukosti. Naime, postoji određeno antropološko jedinstvo unatoč ontološkim razlikama, tj. razlikama između raznovrsnih načina postojanja. Ono što svaka osoba posjeduje i što ju čini osobom (u tome se upravo očituje to antropološko jedinstvo, ali i ontološke razlike) jesu fizička, psihička, društvena i duhovna dimenzija. Dakle, svaki čovjek rođen je s tim dimenzijama, ali pitanje je kako živi s njima, na koji način ih oplemenjuje i kako čovjek funkcionira ako mu je jedna od dimenzija vlastitog bića narušena, ugrožena ili pogođena nekom bolešću.

Govorimo o bolesnoj osobi koja zbog posljedica moždanog udara ima poteškoće kako u kretanju, govorenju, pamćenju, tako i u odnosima s drugim

ljudima. No, ne možemo reći da osoba nije usmjerena na druge ljude. Tijekom bolesti, kad su posljedice već jasno vidljive, osoba najčešće nije samostalna pa možemo reći i da je ovisna o drugome. Dakako, bez obzira što su neki odnosi narušeni, i to najčešće zbog fizičkih posljedica, osoba je i dalje sposobna voljeti i njegovati odnose s najbližima. No opet, s druge strane, tu su i teške psihičke posljedice: promjena osobnosti, nagle promjene raspoloženja koje nije moguće kontrolirati kao ni emocije, pa stoga ne možemo pobiti činjenicu da se odnos bolesne osobe s drugima i drugih prema njoj drastično promijenio, ali ni činjenicu da usmjerenost na druge postoji. Osoba koja je pretrpjela moždani udar suočila se s nenadanim teškim posljedicama i često se može osjećati zatočenom u vlastitoj nemoći i nesposobnosti, no svaki dan, uz podršku obitelji i uz psihološku pomoć te vjeru u Boga, ona može ponovno pronaći smisao življenja. Osobi treba ukazati i na vjeru u život, jer je ostala na životu unatoč teškoj bolesti, preživjela ju je i smisao se krije upravo u tom novom početku, no treba joj pomoći otkriti ga i potaknuti ju na razmišljanje, suradnju, ali i usaditi joj osjećaj zahvalnosti za život i novi početak.

Egzistencija je bitno duhovna, a faktičnost obuhvaća duševne i tjelesne fakte. »I dok granicu između egzistencije i faktičnosti, baš onu ontološku provaliju, treba povući s najvećom oštrinom, unutar psihofizičke faktičnosti ne može se lako razgraničiti psihičko od fizičkog.«⁴⁶ Mnogo je važniji problem duhovne egzistencije prema psihofizičkoj faktičnosti. Njemu pripada ne samo viši ontološki dignitet, nego je i psihoterapijski relevantniji. Naime, u psihoterapiji egzistencija se zbog svoje odgovornosti neprestano poziva na to da odigra svoju ulogu protiv vlastite sudbinske ovisnosti o psihofizičkoj faktičnosti. Upravo naočigled toj faktičnosti treba kod bolesnika buditi svijest slobode i odgovornosti od koje se sastoji autentično čovjekovo biće.

Budući da ljudsko biće nije samo 'biće koje odlučuje', već i 'odlučeno biće' koje postoji samo kao jedinka, a kao jedinka uvijek je centrirano oko nekog vlastitog središta, pitamo se čime je ispunjeno to središte. Max Scheler kaže da je osoba nosilac i središte duhovnih čina.⁴⁷ Budući da od osobe potječu duhovni čini, ona je također duhovno središte oko kojeg se stvara sve psihofizičko. Na tragu toga valja kod osoba poticati razvoj duhovnog života onim sredstvima koja su za to prikladna, a čije se posljedice odražavaju i na psihofizičku strukturu osobe. ■

⁴³ Usp. C. MICHAEL, *Nav. dj.*, 93-94.

⁴⁴ Izvor: Stroke SA 1992., <http://stroke.org.au/pdf/Stroke4.pdf> (pristupljeno 12. ožujka 2014.).

⁴⁵ Usp. C. MICHAEL, *Nav. dj.*, 92-95.

⁴⁶ V. FRANKL, *Bog kojega nismo svjesni. Psihoterapija i religija*, Biblioteka Oko tri ujutro, Zagreb, 1980., 19.

⁴⁷ Prema: V. FRANKL, *Nav. dj.*, 15.