

В. Е. Казаков

ПРИМЕНЕНИЕ КОГНИТИВНО-БИХЕВИОРАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

В. Е. Казаков

ЗАСТОСУВАННЯ КОГНИТИВНО-БИХЕВИОРАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ У ВІДДАЛЕНОМУ ПЕРІОДІ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОЇ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ

V. E. Kazakov

THE USE OF COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY IN THE REHABILITATION OF PATIENTS IN THE LATE PERIOD AFTER TRAUMATIC BRAIN INJURY

В ходе работы 105 пациентам с отдаленными последствиями черепно-мозговой травмы, имеющими различные психопатологические синдромы, в процессе реабилитации к медикаментозному лечению добавляли когнитивно-бихевиоральную терапию. Контрольную группу составляли 75 пациентов, у которых применяли лишь медикаментозное лечение. У пациентов основной группы значительно улучшились показатели, согласно опросника Шихана, шкал CGI-S, CGI-I, MADRS, DES, теста УНП, что достоверно превышало показатели улучшения в контрольной группе.

Ключевые слова: черепно-мозговая травма, реабилитация, когнитивно-бихевиоральная терапия

У ході роботи 105 пацієнтам з віддаленими наслідками черепно-мозкової травми, що мають різні психопатологічні синдроми, в процесі реабілітації до медикаментозного лікування додавали когнитивно-біхевіоральну терапію. Контрольну групу склали 75 пацієнтів, у яких застосовували лише медикаментозне лікування. У пацієнтів основної групи значно покращилися показники, згідно з опитувальником Шихана, шкалами CGI-S, CGI-I, MADRS, DES, тестом РНП, що достовірно перевищувало показники поліпшення в контрольній групі.

Ключові слова: черепно-мозкова травма, реабілітація, когнитивно-біхевіоральна терапія

During the study to 105 patients with distant consequences of traumatic brain injury, which have different psychopathological syndromes in the rehabilitation process to medication was added cognitive-behavioral therapy. The control group consisted of 75 patients who used medications only. In the main group significantly improved performance, according to the Sheehan questionnaire, scales CGI-S, CGI-I, MADRS, DES, LNP test, which was significantly higher than performance improvements in the control group.

Keywords: brain injury, rehabilitation, cognitive-behavioral therapy

Реабилитация пациентов с отдаленными последствиями черепно-мозговой травмы (ЧМТ) — весьма актуальная проблема в связи с широкой распространенностью данной патологии, а также возможностью возникновения тяжелых последствий вплоть до инвалидности [1—5]. К последствиям перенесенной ЧМТ относят комплекс неврологических и психических нарушений. У 90 % пациентов нервно-психические расстройства обнаруживаются лишь спустя 2—10 лет после легкой ЧМТ [6]. По наблюдению ряда авторов [6—8], при острой ЧМТ преобладали неврологические расстройства, а на отдаленном этапе в клинической картине пациентов психические нарушения начинают превалировать над неврологическими, определяя уровень социальной дезадаптации пациента.

Для уменьшения дезадаптации все больше внимания уделяется вопросам не только лечения, но и реабилитации больного; разработаны критерии интегративной качественной оценки уровня психологической готовности пациента к участию в системе медико-социальной реабилитации, реабилитационные программы, тренинги социальных навыков пациентов с психическими расстройствами [9]; подчеркивается важность изучения качества жизни на реабилитационном этапе [10]. Обращается внимание на значимость когнитивной реабилитации больных с перенесенной ЧМТ [11]; внедряются новые методы реабилитации для пациентов с травматической болезнью [12].

Однако, несмотря на научно-технические достижения последних лет, выход на инвалидность лиц, перенесших ЧМТ, остается высоким.

Целью нашего исследования явилось выявление факторов, способствующих реабилитации психотических расстройств, у лиц, перенесших ЧМТ.

Основная группа — 105 пациентов, находящихся на отдаленном этапе последствий перенесенной ЧМТ и имеющих различные психопатологические синдромы травматического генеза (церебрастенический, психопатоподобный, истероформный, тревожно-депрессивный, галлюцинаторно-параноидный, маниакальный) и сохраненными когнитивными функциями (отдаленный этап), которым к основной схеме медикаментозного лечения добавляли когнитивно-бихевиоральную психотерапию (КБ).

Контрольная группа — 75 пациентов в отдаленном периоде после ЧМТ, с теми же психопатологическими синдромами, что и у пациентов основной группы, с сохраненными когнитивными функциями, которым не назначали КБ, а применяли только медикаментозное лечение.

Уровень психопатологической симптоматики был исследован дважды — до проведения терапии и после окончания психотерапевтического лечения. Использовали следующие методики: шкала оценки депрессии Монтгомери — Асберга (MADRS), метод исследования уровня невротизации и психопатизации личности (УНП), шкала исследования диссоциации (DES), шкала астенического состояния (ШАС), шкала выраженности заболевания (CGI-S), шкала общего улучшения состояния (CGI-I), опросник по оценке нетрудоспособности Д. Шихана.

Исследование пациента начиналось с тестирования по шкале CGI-S, оценки по данной шкале в 84 % случаев составляли 4 балла, в 16 % — 3 балла.

Больных с депрессивной симптоматикой оценивали с помощью шкалы MADRS. Общая сумма баллов до лечения равнялась $48 \pm 1,3$ балла. При этом отмечалось следующее распределение баллов по субтестам: объективные признаки пониженного настроения — 2 ± 1 ; субъективные признаки пониженного настроения — $2 \pm 0,5$; нарушение сна — $4 \pm 0,2$; снижение аппетита — 0; нарушение концентрации внимания — $3 \pm 0,2$; апатия — $3 \pm 1,1$; утрата способности чувствовать — $1 \pm 0,5$; идеи собственной вины и др. — $1 \pm 0,3$; суицидальные мысли — 0.

Шкала оценки депрессии MADRS показала, что у депрессивных пациентов с травматическим повреждением головного мозга наиболее выражены следующие параметры: нарушение сна ($4 \pm 0,2$), нарушение концентрации внимания ($3 \pm 0,2$), апатия ($3 \pm 1,1$). У исследуемых больных не отмечалось суицидальных мыслей, наблюдалась слабая выраженность утраты способности чувствовать ($1 \pm 0,5$), высказывания идей самообвинения ($1 \pm 0,3$) и субъективных признаков пониженного настроения.

Психопатизацию личности оценивали с помощью шкалы УНП. Уровень психопатизации достигал 43 баллов. Наиболее часто пациенты отвечали положительно на следующие пункты: 21 — «Иногда я бываю так возбужден, что это даже мешает мне заснуть», 36 — «Бывает, что я сержусь», 40 — «Бывало, что в школе я часто прогуливал уроки», 43 — «Самая трудная борьба для меня — борьба с самим собой», 51 — «Я вполне уверен в себе», 68 — «Меня ужасно задевает, когда меня критикуют», 79 — «Часто я и сам раздражаюсь, что я такой раздражительный и ворчливый».

Диссоциативные расстройства исследовали с помощью шкалы исследования диссоциации (DES). Отдельные симптомы, согласно самооценки больных, составляли свыше 80 %. К ним относились ответы по следующим пунктам: пункт 5 (пациент не помнил, когда покупал одежду), пункт 8 (не узнавал членов семьи), пункт 9 (забывал ряд важных событий в жизни, в т. ч. свадьбу), пункт 12 (испытывал чувство нереальности окружающего), пункт 15 (считал, что ряд событий ему только пригрезились), пункт 18 (казалось, что их мечты являются реальностью), пункт 28 (мир казался неясным).

Астенические проявления оценивали по шкале астенического состояния (ШАС). У 67 % больных отмечалась выраженная астения (101—120 баллов), у 33 % — умеренная астения (76—100 баллов).

Качество жизни определяли с помощью опросника Шихана: проявления заболевания значительно мешали работе (7 баллов), общению с другими людьми (8 баллов) и выполнению домашних обязанностей (7 баллов).

В течение 3-х месяцев 2 раза в неделю пациентам основной группы проводилась когнитивно-бихевиоральная терапия по классической схеме в два этапа. На первом этапе были сделаны следующие шаги: вначале выявляли так называемые «автоматические мысли» и связанные с ними эмоциональные и поведенческие реакции. Для выявления автоматических мыслей определяли различные суждения пациента, которые, как выяснилось, в ряде случаев являлись ошибочными, создающими психологические проблемы и приводившими к возникновению негативных эмоций, ухудшающих

общее состояние пациента. Анализ когнитивных функций с последующим конструктивным переосмыслением событий являлся весьма важным звеном в КБ-терапии пациентов с ЧМТ. В целом, процесс переубеждения зависел в большей степени не от варианта синдрома, а от индивидуальных особенностей личности. Замена ошибочных схем на более рациональные мысли представляла тяжелую задачу не только для больных с бредовыми синдромами, но и для пациентов с астеническими и психопатоподобными расстройствами. При анализе когнитивных ошибок больных с посттравматическими нарушениями обращал на себя внимание высокий удельный вес амбивалентного мышления, а также селективное абстрагирование (игнорирование главного при сосредоточении на деталях). В конце каждого занятия пациентам задавались домашние задания. У всех пациентов отмечалась ригидность, инертность ассоциаций. Причина заболевания, т. е. обстоятельств, связанных с ЧМТ, в ассоциативной деятельности практически не прослеживалась. Она была завуалирована более свежими и поэтому более насущными проблемами. Однако, эти проблемы пациенты с различными синдромами излагали по-разному. Больные с астеническими расстройствами фиксировали внимание на мыслях бытового плана. Выявлялась некоторая обида на судьбу, претензии к руководству, членам семьи, однако последние были неконкретны, излагались робко, неуверенно, пациенты легко от них отказывались. У лиц с тревожно-депрессивными расстройствами прослеживалась четкая трактовка любых событий в пессимистическом плане с отсутствием позитивного устремления в будущее. Так, даже трактовка приятных новостей, например прибавка жалования, способствовала возникновению каскада неприятных мыслей о возможном повышении цен, возможном грабеже и т. д. При этом тревога мала оттенков раздражительности и гневливости. Пациенты предъявляли к психотерапевту множество требований. К психотерапевтическим сессиям они относились очень серьезно. «Автоматические мысли» детально записывались и тщательно анализировались. Маниакальные пациенты перескакивали с одного изложения на другое, работать с ними было трудно, т. к. они не могли точно воспроизвести свои «автоматические мысли» и в каждом последующем воспроизведении не только останавливались на несущественных деталях, но и привносили все новые подробности, противоречащие предыдущему изложению, что затрудняло трактовку мыслей. «Автоматические мысли» пациентов с психопатоподобными расстройствами были разнообразны. Они зависели от характерологических особенностей больных. Пациенты с неустойчивыми и возбудимыми чертами характера очень охотно посещали занятия. Их мысли касались, в основном, насущных проблем, способствующих сиюминутным удовольствиям. Истероидные личности очень охотно и красочно излагали свои мысли. Их речь была образна, например: одна из пациенток, студентка, подрабатывающая мытьем подъездов, сообщала: «...я с огромным удовольствием мою полы и люблюсь звездами, которые отражаются в лужах воды. В такие минуты моя *голова кружится* от счастья и *болит* из-за невозможности полета в небо, однако легкость наполняет все мое тело и душа стремится ввысь. И если в это время приближается дождь, то на душе становится тревожно и *кажется*,

что я теряю сознание, а звезды лишь холодно мерцают в высоте и ничего не замечают...». У пациентов с галлюцинаторно-бредовым состоянием «автоматические мысли» обуславливались их шизоидной конституцией, так пациент сообщал: «Я — одинокий пень в замшелом болоте, да еще с травмированной головой, брожу по ночам без сна, а за стеной соседи шушукуются...».

На этом этапе очень важен комплаенс между пациентом, его родными и врачом. От полноты их содружества зависело изменение у пациента представлений о реальности. Комплаенс способствовал пониманию больным того факта, что его соматические и психические проблемы (астенические, вегетативные, аффективные, поведенческие, сенситивные и др. расстройства) зависели не от самой реальности, а от субъективного восприятия (ложные, «автоматические мысли»). Каждая проблема, в т. ч. и психические расстройства, обрастали эмоциональными и поведенческими нарушениями, и именно последние подвергались психотерапевтическому воздействию. В процессе занятий пациенты с отдельными последствиями ЧМТ последовательно обучались умению распознавать и вытеснять (конфронтация) так называемые «автоматические мысли», представляющие негативные эмоции (тоску, тревогу, самообвинение, обиду, ярость, злобу и др.). Пациент отражал действительность в зависимости от индивидуального восприятия и эмоционального реагирования. Поэтому воздействие на эмоции приводило к изменению самочувствия. Ложные пути вытеснения проблем, закрепленные убеждениями пациентов, становились «закоренелыми привычками», приводящими к болезненному восприятию и искажению реальности, их нужно было, в свою очередь, вытеснять другими «привычками», предложенными и закрепленными психотерапевтом.

С целью выявления «автоматических мыслей» детально выясняли о чем думает пациент. Какие мысли появляются, даже эпизодически, у него. Эпизодическим «автоматическим мыслям» уделялось особое внимание, их тщательно анализировали, т. к. порой они являлись ключевым фактором в облегчении состояния больного. Для выяснения «автоматических» мыслей прибегали к общеизвестным техникам, в том числе разыгрывали гештальт с пустым стулом. Неоднократно просили пациента проанализировать «автоматические мысли», вспомнить причину, вызвавшую их и, обращаясь к жизненному пути пациента, остановиться на этапах, противоречащих тем пессимистическим выводам, которые он сделал, исходя из своих мыслей.

Во время второго шага в работе с «автоматическими мыслями» использовали не только когнитивные, но в большей степени бихевиоральные техники, которые помогали адаптировать пациента, воздействуя на его аффективную сферу и поведение. Большинству пациентов, независимо от вида синдрома, было присуще искажение и преувеличение как значимости внешней ситуации, в том числе обстоятельств, сопровождающих или приводящих к ЧМТ, так и клинической картины болезни. Между тем, на выраженность симптомов оказывала большое влияние самооценка больного, его нереализованная амбициозность, обида и даже у аутичных больных — постоянный и, по их мнению, безуспешный поиск внимания окружающих. Как выяснилось, и окруженные семейной заботой и теплом пациенты считали себя одинокими.

Однако воздействие с помощью ряда техник, таких как «пустой стул», «заброшенный магазин», десенситизация различных ошибочных суждений пациента, являлось позитивным. Поведенческую терапию проводили в группах, включающих пациентов с различной симптоматикой, для исключения взаимного индуцирования. Достаточные трудности у ряда пациентов с сенситивным бредом, а также с депрессивной симптоматикой вызвала необходимость обсуждать личные проблемы в присутствии группы людей. Между тем, на первых занятиях отмечалась необходимость выявления и раскрытия основных проблем больного. Последующие занятия обнаруживали интеллектуальные и эмоциональные ресурсы для преодоления указанных проблем. С этими задачами успешно справлялись лица с психопатоподобной, особенно конверсионной и шизоидной симптоматикой. Они составляли основное эмоциональное и интеллектуальное ядро группы. На дальнейших занятиях участники тренинга совместно разрабатывали пути решения проблем и в дальнейшем, в процессе игровых техник, преодолевали трудности.

Когнитивная поведенческая терапия изменяла мнение пациента о его непродуктивности, способствовала восстановлению реалистических убеждений и критичности к своему состоянию, возникновению оптимизма и веру в возможности своего организма.

В результате проведенной реабилитации у пациентов основной группы оценка по CGI-I в 93 % случаев составила 2 балла, по CGI-S в 65 % также составила 2 балла, согласно опросника нетрудоспособности проявления заболевания менее значительно стали мешать работе (4 балла), почти не мешали общению с другими людьми (1 балл) и семейной жизни (3 балла), оценка по шкале MADRS — 23 балла, УНП — 43 балла, по шкале DES — ответы, свидетельствующие о выраженной диссоциации отмечались только в 15 % случаев. В то время как у пациентов контрольной группы оценка по CGI-I составляла 3 балла, по CGI-S лишь в 12 % достигла 2-х баллов, в 88 % соответствовала 3 баллам. Согласно опросника Шихана, проявления заболевания меньше стали мешать работе (5 баллов), общению с другими людьми (4 балла) и семейной жизни (5 баллов), однако они оставались выше, чем в основной группе. Оценка по шкале MADRS достигала 29 баллов, УНП — 40 баллов, выраженная диссоциация — в 87 % случаев. Приведенные данные показывают, что показатели улучшения в основной группе достоверно выше, чем в контрольной ($p < 0,01$).

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о целесообразности применения когнитивно-бихевиоральной терапии в комплексе реабилитационных мероприятий.

Список литературы

1. Францкевичюте Э. В. Оценка факторов, влияющих на восстановление когнитивных функций в течение ранней реабилитации лиц с травматическим повреждением головного мозга / Э. В. Францкевичюте, А. А. Варжайтите, А. А. Кимтис // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2008. — Т. 108, № 7. — С. 13—16.
2. Brain injury rehabilitation. Physical medicine and rehabilitation / [Boake C., Francisco G. E., Ivanhoe C. B., Kothari S.J.]. — 2nd ed. — Saunders. Philadelphia, 2000. — P. 1073—1116
3. Khan F. Rehabilitation after traumatic brain injury / Khan F., Baguley I. J., Cameron I. D. // Med J. Aust. — 2003; 178: 6: 290—295.
4. Outcome of rehabilitation for traumatic brain injury in the UOEH Hospital / [Matsushima Y., Ueda M., Saeki S., Hachisuka K.] // J. UOEH. — 2001; 23: 4: 451—456.