

УДК 616.89

*Е.Г. Никифорова***ОБЗОР СОВРЕМЕННЫХ ПОДХОДОВ К КОРРЕКЦИИ И ЛЕЧЕНИЮ ОРГАНИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ШАХТЕРОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ТЕХНОГЕННЫЕ АВАРИИ**

Областная клиническая психоневрологическая больница – медико-психологический центр (г. Донецк)

Ключевые слова: органические психические расстройства, психотерапия, шахтеры, техногенные аварии.

Последние десятилетия в жизни нашей страны связаны не только с социальными потрясениями, но и катастрофами как природного, так и техногенного характера.

Симптоматика непсихотического регистра психической патологии, развивающаяся при органических поражениях головного мозга экзогенного генеза, является значимой проблемой, как в медицинском, так и в социальном плане.

Данный контингент больных длительное время, а зачастую и пожизненно, социально не адаптирован, имеет серьезные неврологические и психические дисфункции, признается нетрудоспособным [1].

В патопсихологии выделяется экзогенный органический симптомокомплекс, который складывается из нарушений памяти, внимания, операционной стороны мышления, истощаемости психических процессов, неустойчивости эмоций [2].

Данный органический симптомокомплекс создает определенные сложности в комплексном лечении, в связи с чем подобные пациенты признаются «непригодными», «неподходящими» для получения психотерапевтической помощи [3].

Однако, исследователи [4] отмечают у данного контингента пациентов не только желание к общению с врачом, персоналом, но и попытки разобраться, понять травмирующую ситуацию, ознакомиться с прогнозом заболевания.

Техногенные аварии нарушают витальную потребность человека – потребность в безопасности не только в момент аварии, но и всю последующую жизнь индивидуума [5].

С этим связана высокая актуальность исследования эффективности различных психотерапевтических методик и направлений с целью выработки рекомендаций по применению в организации помощи шахтерам, пострадавшим при

техногенных авариях.

Мы считаем, что психотерапевтическая работа должна быть ориентирована как на коррекцию когнитивных расстройств, так и на преодоление психологических последствий аварии у шахтеров.

Исследователь [6] напоминает клиническим врачам, что в триаде биологической, психологической и социальной помощи при органических психических нарушениях, ключевая роль принадлежит психологическому направлению. Он настаивает, что «психологическая помощь не должна держаться в тени биологических и социальных моделей».

В настоящее время в Украине в сфере охраны психического здоровья произошла кардинальная смена парадигмы с биологической «медицинской модели» на биопсихосоциальную, ориентированную на интеграцию потребителей услуг системы охраны психического здоровья в сообщество [5, 7].

Биопсихосоциальный подход нашел широкое распространение в отечественной и западной психиатрии также и в виде внедрения различных психосоциальных реабилитационных технологий.

Рассмотрев доказательную базу [6], выделил наибольшую эффективность когнитивно-поведенческой, когнитивно-аналитической и психодинамической терапии.

При проведении психодинамической терапии чтобы помочь пациентам достигнуть понимания их состояния, ряд авторов [8, 9] рекомендуют использовать конкретные интерпретации, а не абстрактные или экзистенциальные наблюдения и значительно ограничить использование переноса и конфронтации в психодинамических сеансах у больных с органическим поражением головного мозга.

Когнитивные расстройства приводят к ослаб-

ленному функционированию эго, и увеличению зависимости от окружающих людей. Эти изменения могут послужить триггером психодинамического конфликта «зависимость-защита» [8]. В то время как органическое психическое расстройство прогрессирует, человек изо всех сил пытается поддержать самосознание и становится все более и более зависимым. Результат этой зависимости от других - страх перед разделением, и потребность в постоянном контакте. Эти дисфункциональные черты препятствуют успешной переработке стрессогенных обстоятельств и, более того, интенсифицируют жизненный стресс. В конце концов, защитные механизмы истощаются, и тогда наблюдаются агитация, агрессия, возбуждение, отчаяние, опустошенность, стремление к одиночеству [9, 10].

Когнитивная аналитическая терапия, предлагаемая авторами [11, 12] включает в себя:

- направляемое исследование, позволяющее пациенту признать стереотипные паттерны интерпретации;
- исследование идиосинкразического значения, поскольку эти пациенты часто интерпретируют свои переживания в необычной или преувеличенной манере;
- указание на искажения, чтобы помочь пациенту осознать дисфункциональность отдельных автоматических паттернов мышления;
- проверке обоснованности убеждений, интерпретаций и ожиданий пациента;
- шкалирование — перевод преувеличенных интерпретаций в измеряемые величины, чтобы противодействовать обычному дихотомическому мышлению;
- реатрибуция — перераспределение ответственности за действия и результаты;
- преднамеренное преувеличение — сведение мысли к крайности, что упрощает ситуацию и облегчает переоценку дисфункционального умозаключения.

Традиционной целью когнитивно-поведенческой терапии является изменение поведения от дезадаптивной модели, к модели поведения или отдельным поведенческим умениям и навыкам, способным вывести человека из фрустрационного тупика [13].

У пациентов с органическими психическими расстройствами положительное изменение при проведении когнитивно-поведенческой терапии может быть определено как устранение эпизодов нежелательного поведения; уменьшение частоты, продолжительности и интенсивности эпизодов нежелательного поведения; или

увеличение адаптивного поведения [14].

Основными направлениями работы психотерапевта в рамках когнитивно-поведенческой терапии являются:

- исследование преимуществ и недостатков поддержания или изменения убеждений или форм поведения и выяснение первичной и вторичной выгоды;
- исследование объяснений поведения других людей;
- преодоление катастрофического характера мыслей пациента — предоставление пациенту возможности, во-первых, осознать свою склонность всегда ждать худшего исхода и, во-вторых, противостоять этой склонности [15].

В недавнем исследовании [16] была рассмотрена эффективность когнитивно-поведенческой терапии у пациентов с органическими психическими расстройствами. Участники первой группы получали фармакологическую нейрореабилитацию, а участники второй группы – когнитивно-поведенческую терапию. Авторы указывают, что при завершении курса лечения в состоянии участников обеих групп было отмечено улучшение ($p < 0.001$). Однако, при исследовании состояния через год оказалось, что положительный эффект сохраняется лишь у группы, получившей когнитивно-поведенческую терапию.

В качестве психосоциального вмешательства при органических психических расстройствах рекомендуют [17, 18, 19] использовать группы поддержки. Потребность участников объединяться на основе сходства проблем используется для обмена информацией о том, как более эффективно организовать свою жизнь при наличии травматических воспоминаний, изоляции, эмоциональных травм, жизненных кризисов.

К ресурсам группы относят:

- эмоциональное соединение, которое создает близость и уменьшает чувство изоляции;
- увеличение самооценки благодаря взаимодействиям между участниками группы о текущих стратегиях преодоления;
- информационный обмен на когнитивном, эмоциональном и поведенческом уровнях, создающий ощущение надежды и эффективности [19].

Исследователем [20] был предложен термин «подлинное сознание» как метод для того, чтобы помочь лицам с органическими психическими расстройствами принимать решения, которые являются их собственными, а не вызванными внешним давлением, таким как забота членов

семьи. Цель разработанной им программы – заменить пассивный и зависимый стиль пациентов на автономный.

Терапевтические стратегии когнитивного восстановления исследователи [21-24] предлагают разделить на:

-подходы, ориентированные на возвращение познавательных способностей;

-подходы, ориентированные на компенсацию познавательного ухудшения.

Эти подходы не являются взаимоисключающими, и на практике большинство специалистов комбинирует эти техники.

Первый подход активно реализуется с помощью «тренингов памяти» [23].

Второй подход стремится развить новые компенсаторные навыки (с помощью визуальных стимулов, записных книжек, внешних напоминаний), чтобы сохранить выполнение ежедневных задач, таких как, например, вождение. [22, 24].

Согласно наблюдениям [22] в случае когда «тренинг памяти» был монотерапией пациенты с органическими психическими расстройствами испытывали значительные сложности по применению мнемонических техник в своей повседневной жизни. Если тренинг памяти использовался в сочетании с другими психотерапевтическими мероприятиями, то пациенты более успешно применяли приобретенные навыки в своей повседневной жизни.

Все больше исследователей [19, 25, 26] напоминают о возможности применения поддерживающей терапии при органических психических расстройствах. Данный вид психотерапии вряд ли можно назвать новым, но ряд исследователей [19, 27] отмечает ее как особенно полезную стратегию, которая может играть важную роль в положительном влиянии на качество жизни данного контингента пациентов.

Чаще всего данный вид помощи описывают как форму психологического лечения, людям с хроническими и органическими расстройствами психики, для которых полное излечение является не достижимой целью [26].

Поддерживающую психотерапию определяют [27] как вмешательство, использующее средства кроме интерпретации и инсайта, которое усиливает защиты и снижает интенсивность отдельных симптомов.

К целям поддерживающей терапии относят:

-Выработка у пациентов, психологической и социальной адаптации,

-Поддержание чувства собственного достоинства и уверенности в себе

-Фиксация основных жизненных достижений пациента, рассмотрение что еще может быть достигнуто, а что является недостижимой целью.

-Делегирование поддержки родственникам

Современные формы поддерживающей психотерапии согласно данным [19] представлены в табл.1

Таблица 1

Формы поддерживающей терапии

Объясняющий	Директивный
Сочувствие	Прямой совет
Поддержка и заверение	Обучение
Похвала	Экологическое изменение
Усиление чувства собственного достоинства	Познавательное реструктурирование
Строительство здорового союза	Решение проблем
Укрепление веры и надежды	Моделирование
Предупреждение прогрессии заболевания	
Интерпретация	

Важно различать поддерживающий компонент, присутствующий в любом психотерапевтическом лечении и поддерживающую психотерапию как отдельный способ лечения для особой группы пациентов [25].

Таким образом, за прошедшие десять лет психотерапевтическая помощь пациентам с органическими психическими нарушениями развива-

лась активно. Ко множеству используемых у данного контингента пациентов стратегий применяется собирательный термин «познавательное восстановление». При этом основной фокус терапии направлен на уменьшение мнестических расстройств, коррекцию негативного личностного восприятия жизненных событий, выстраивание причинно-следственных связей отно-

сительно себя и других.

Изолированное применение метода или приема может привести лишь к частичному и малоустойчивому эффекту, к восстановлению изолированной операции, а не функции в целом.

Это актуализирует разработку и системное

применение методов восстановительного обучения, обеспечивающих комплексное воздействие на дефект и восстановление поведения в целом при органических психических расстройствах у шахтеров, перенесших техногенные аварии.

О.Г. Нікіфорова

ОБЗОР СУЧАСНИХ ПІДХІДІВ ДО КОРЕКЦІЇ ТА ЛІКУВАННЯ ОРГАНІЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ШАХТАРІВ, ЯКІ ПЕРЕНСЛИ ТЕХНОГЕНІ АВАРІЇ

Обласна клінічна психоневрологічна лікарня – Медико-Психологічний Центр, м. Донецьк

Когнітивні порушення у шахтарів, які перенесли техногенні аварії, визначають образ і якість життя пацієнта. У публікації розглядаються види психотерапії органічних психічних розладів. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2011. — № 2 (27). — С. 92-95).

E.G. Nikiforova

THE REVIEW OF MODERN APPROACHES TO CORRECTION AND TREATMENT OF ORGANIC MENTAL DISORDERS AT THE MINERS WHO HAVE TRANSFERRED TECHNOGENIC FAILURES

In publications describe the psychotherapy of the miner, with organic mental disorders who damaged in consequence of damage on coal mine. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2011. — № 2 (27). — P. 92-95).

Литература

1. Войтенко Р. М. Социальная психиатрия и экспертная психология: научная монография. Екатеринбург: «Тезис», 2006. 368 с.
2. Саковская В.Г. Типы и варианты изменения психических процессов у больных с органическими поражениями головного мозга (клинико-патопсихологический и экспертный аспекты). Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата психологических наук. Санкт-Петербург, 2009.
3. Duffy, M. Strategies for working with women with dementia. *Psychotherapy and Counseling* 2002, pp. 175–194.
4. Lillie, R., & Mateer, C. A. Constraint-based therapies as a proposed model for cognitive rehabilitation. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 2006, Vol. 21, 119–130.
5. Руководство по реабилитации лиц, подвергшихся стрессорным нагрузкам. – М.: Медицина, 2004. – 400 с.
6. Hepple, J. Psychotherapies with older people: an overview. *Advances in Psychiatric Treatment*, 2004, Vol.10, 371–377.
7. Кабанов М. М. Реабилитация в контексте психиатрии // Медицинские исследования. — 2001. — Т. 1, вып. 1. — С. 9–10.
8. Solomon, K. & Szabo, P. Memory function and aging-related disorders, New York: Springer Publishing Company, 1992 pp. 295–319.
9. Karon, B. P. & Widner, A. J. Psychodynamic therapies in historical perspective: “Nothing human do I consider alien to me.” In B. Bongar & L. E. Beutler (Eds.), *Comprehensive textbook of psychotherapy: Theory and Practice*. 1995 (pp. 24–47). New York: Oxford University Press.
10. Wolitzky, D. L. The theory and practice of traditional psychoanalytic psychotherapy. In A. S. Gurman & S. B. Messer (Eds.), *Essential psychotherapies: Theory and Practice*, 1995. New York: The Guildford Press. pp. 12–54.
11. Gonzalez-Rothi, L. J. Cognitive rehabilitation: The role of theoretical rationales and respect for the maturational process needed for our evidence. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 2006, Vol. 21, 194–197.
12. Lincoln, N. B., Majid, M. J., & Weyman, N. Cognitive rehabilitation for attention deficits following stroke. *Cochrane Database System Review*, 2000, Vol. 4, CD002842.
13. Kennedy, M. R. T., & Turkstra, L. Group intervention studies in the cognitive rehabilitation of individuals with traumatic brain injury: Challenges faced by researchers. *Neuropsychology Review*, 2006, Vol. 16, 151–159.
14. Cicerone, K. D., Mott, T., Azulay, J., & Friel, J. C. Community integration and satisfaction with functioning after intensive cognitive rehabilitation for traumatic brain injury. *Arch.Phys.Med Rehabil*, 2004, Vol. 85, 943-950.
15. Salazar, A. M., Warden, D. L., Schwab, K. Cognitive rehabilitation for traumatic brain injury: A randomized trial. *Journal of the American Medical Association*, 2000, Vol. 283, 3075–3081.
16. Braunling-Mcmorrow, D., Dollinger, S. J., Gould, M., Neumann, T., & Heiligenthal, R. (). Outcomes of post-acute rehabilitation for persons with brain injury. *Brain Injury.*, 2010, Vol.24, 928-938.
17. Rosenthal, R., Muran, C., Pinsker, H., et al Interpersonal change in brief supportive psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 1999, Vol.8, 55–63.
18. Holloway, F. Re provision of the long stay patient, *Psychiatry*, 2004, Vol.3(9): P.5–7.
19. Ola Junaid & Soumya Hegde. *Advances in Psychiatric Treatment. Supportive psychotherapy*, 2007, vol. 13, P. 17–23.
20. McCormack, B. A conceptual framework for person-centred practice. *International Journal of Nursing Practice*, 2003, Vol. 9: 202–9.
21. Evans, J. J., & Wilson, B. A. A memory group for individuals with brain injury. *Clinical Rehabilitation*, 1996, Vol. 6, P.75–81.
22. Kaschel, R., Della Sala, S., Cantagallo, A. Imagery mnemonics for the rehabilitation of memory: A randomized group controlled trial. *Neuropsychological Rehabilitation*, 2002, Vol.2, P.127–153.
23. Levine, B., Robertson, I. H., Clare, L., Carter, G. et al. Rehabilitation of executive functioning: An experimental/clinical validation of goal management training. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 2000, Vol.6, P.299–312.
24. Wilson, B. A. The effective rehabilitation of memory-related disabilities. In P. W. Halligan & D. T. Wade (Eds.), *Effectiveness of rehabilitation for cognitive deficits*. 2005. New York: Oxford University Press. pp. 143–151.
25. Holmes, J. Supportive psychotherapy. The search for positive meanings. *British Journal of Psychiatry*, 2005, Vol. 167, 439–445.
26. Bloch, S. (2006) Supportive psychotherapy. In *An Introduction to the Psychotherapies* (4th edn) (ed. S. Bloch). Oxford University Press.
27. Wallerstein, R. Psychoanalysis and long term dynamic psychotherapy. In *Review of General Psychiatry* (2nd edn) (ed. H. H Goldman), 1988, pp. 506–514. Lange Medical Publications.

Поступила в редакцию 24.04.2011