

Реабилитация больных
с нарушениями эмоционально-
личностной сферы
при локальных поражениях
головного мозга

В российской традиции нейрореабилитация подразумевает работу в основном с когнитивными нарушениями и не затрагивает такой пласт реабилитации, как работа с эмоционально-личностной сферой, с трудовой, социальной и бытовой адаптацией.

Реабилитацией в эмоционально-личностной сфере может заниматься либо врач-психотерапевт (психиатр по образованию), либо клинический психолог, работающий в сфере психотерапевтических услуг, однако на практике это происходит нечасто.

Нейропсихолог, будучи клиническим психологом, имеет право на такого рода деятельность, но в российской традиции эти вещи разделены между разными специалистами.

Отсутствие работы с эмоционально-личностными проблемами пациентов, перенесших мозговые поражения (о чем говорилось ранее), оставляет непроработанным целый комплекс вопросов в рамках нейрореабилитации.

Известно, что пережить инвалидизацию нелегко любому человеку, и каждый нуждается в помощи, прежде всего в профессиональной помощи психолога. Тем более это относится к больным, перенесшим мозговые поражения: «ведь после повреждения у человека остается меньше когнитивных и личностных ресурсов для преодоления возникающих противоречий и боли»

Изменения эмоционально-личностной можно подразделить на три больших класса

Первый класс — это не связанные с поражением мозга реакции человека на перенесенный во время травмы стресс, срыв жизненных планов, внезапную госпитализацию, утрату здоровья, ухудшение качества жизни. Характер переживаний и изменение поведения в целом во многом определяются здесь преморбидными особенностями личности и жизненным опытом больного. Преодолеть стресс, справиться с переживаниями, сформировать конструктивные решения в сложившейся ситуации помогает психотерапевтическая служба.

Второй класс эмоционально-личностных изменений — это вторичные изменения, следствие возникших в результате травмы когнитивных дефектов — снижения памяти, ухудшения внимания, трудностей восприятия обращенной речи и т.д. Когнитивные дефекты, будучи слабо выраженными, как правило, не осознаются окружающими, однако близкие пострадавшего замечают, что он изменился, стал не таким, каким был до травмы, — «не к месту шутит», «может не выполнить обещанное», «обижается по пустякам». Замедление темпа и качества мыслительных процессов не позволяют больному реагировать на происходящие события также адекватно и тонко, как это было до травмы. Такое поведение при отсутствии явно выраженных дефектов воспринимается, как ситуационное изменение характера («мы его избаловали, пока он болел», «он долго не работал, а теперь не хочет себя заставить»). В этих случаях, помимо когнитивного тренинга, требуется проведение специальной работы с родственниками больного: разъяснение причинно-следственных отношений в картине поведения их близкого, формирование наиболее оптимальных для реабилитационных мероприятий межличностных отношений в семье.

Третий класс нарушений непосредственно связан с поражением тех зон мозга, которые участвуют в регуляции эмоционального состояния человека, в программировании и контроле его поведения, степени осознанности и произвольности поступков. Далее будут описаны некоторые из этих нарушений, наиболее значимые для реабилитационной работы. Надо отметить, что они легко диагностируются лишь при сильной степени выраженности. Если же нарушение эмоционально-личностной сферы, вызванное очаговым поражением мозга, носит «стертый» характер, то для дифференциации его от изменений первого и второго класса требуется тщательное нейропсихологическое исследование, выявление сопутствующих симптомов дисфункции данной зоны мозга.

Клинический анализ высших психических функций и эмоционально-личностной сферы у больных с локальными поражениями мозга позволяет выделить три основных локализации очага поражения, приводящие к отчетливым эмоционально-личностным расстройствам.

К ним относятся поражения лобных долей, височных долей и гипофизарно-гипоталамической или диэнцефальной области мозга. Поражение каждой из этих областей характеризуется особым нейропсихологическим синдромом (или, вернее, набором вариантов синдрома), в который входят и эмоциональные нарушения.

Наиболее отчетливы эмоционально-личностные нарушения при поражении лобных долей мозга.

Эмоциональные нарушения в большей степени связаны с поражением медиобазальных отделов лобных долей мозга. Они распространяются на все основные типы эмоциональных явлений - эмоциональный фон (состояния), эмоциональное реагирование и эмоционально-личностные качества. В наибольшей степени страдает наиболее высокий личностный уровень эмоциональной сферы, что и приводит к "лобному" нарушению поведения.

По данным Т. А. Доброхотовой (1974), специально, с позиций психиатра, изучавшей эмоциональные расстройства при очаговых поражениях головного мозга, при поражении лобных долей мозга, можно выделить общие черты эмоциональных расстройств - это ограничение объема эмоциональных реакций, исчезновение дифференцированности, адекватности эмоций, исчезновение переживания болезни.

Одновременно с нарушением высшего уровня эмоциональной сферы - эмоционально-личностных качеств - у больных с поражением лобных долей мозга изменяются и сравнительно элементарные эмоциональные ощущения - болевые.

существует несколько вариантов "лобного синдрома"

Их можно подразделить на две основные подгруппы - первая связана с поражением латеральных конвекситальных отделов лобных долей мозга, вторая - с поражением их медиобазальных отделов.

Нейропсихологические наблюдения показывают, что эмоциональные нарушения при этих двух вариантах синдромов различны.

В целом эмоционально-личностные нарушения преобладают при поражении медиально-базальных отделов лобных долей мозга. Именно у этой категории больных чаще всего отмечается эйфория, дурашливость, эмоциональная несдержанность, раздражительность, отсутствие чувства такта и т. п.

при опухолях, воздействующих на медиобазальные отделы обеих лобных долей мозга, возможен синдром "гневливой мании".

А. Р. Лурия (1963, 1969, 1973, 1982) неоднократно указывал на то, что при поражениях правой лобной доли, как правило, чаще возникают изменения характера, неадекватное отношение к своему состоянию, общая некритичность, чем при поражениях левой лобной доли, для которых характерны явления адиагии (двигательной и интеллектуальной) и нарушения произвольной регуляции различных видов психической деятельности и поведения в целом.

если у левосторонних больных страдает преимущественно когнитивная обобщающая оценка эмоций, включающая семантические вербальные категории, то правосторонним больным больше свойственно нарушение собственно отражения - на чувственном уровне - своего эмоционального состояния (Д. В. Ольшанский, 1979; и др.).

Второй областью мозга, поражение которой приводит к эмоциональным расстройствам, являются височные доли мозга

По данным Т. А. Доброхотовой (1974), при поражении височных долей эмоциональные расстройства занимают ведущее место в общей картине заболевания.

При поражении обеих височных долей эмоциональные расстройства выражаются в депрессивных состояниях и пароксизмальных аффективных нарушениях, причем эти симптомы связаны со стороной поражения.

Поражения правой височной доли чаще сопровождаются аффективными пароксизмами в виде приступов ярости, страха, тревоги, ужаса, которые протекают на фоне выраженных вегетативных и висцеральных расстройств (А. Г. Шмарьян, 1949; Т. А. Доброхотова, 1974; Т. А. Доброхотова, Н. Н. Брагина, 1977, 1981).

Постоянные эмоциональные нарушения проявляются в депрессивном настроении. Остаются сохранными тонкие эмоциональные проявления, "вся социальная сфера: эмоций", их дифференцированность. Страдают более элементарные - базальные - эмоции.

Возможны приступы приятных соматических ощущений, когда все окружающее и собственное самочувствие резко улучшается, после чего наступает приступ тоски, страха, ужаса. Для всех этих приступов характерна сохранность критики больного, его отношения к происходящему как к болезненному состоянию.

Для левосторонних поражений височной доли более характерны не пароксизмы, а постоянные эмоциональные расстройства как реакция на дефект речи, памяти. Возможно состояние ажитированной депрессии, и даже - ипохондрического бреда.

Таким образом, поражение височной области сопровождается двумя типами пароксизмов - в виде чрезмерного усиления аффекта (чаще - страха, ужаса) или в виде резкого уменьшения аффективного тонуса. Аффективные пароксизмы, как правило, сопровождаются выраженными висцерально-вегетативными нарушениями

при поражении височных структур нет грубых изменений личности - больные достаточно критичны к себе и окружающим, достаточно активны и целенаправленны. Наиболее характерны для них аффективно-вегетативные пароксизмы и депрессивные или агрессивные состояния (особенно при поражении правого полушария).

Третья группа структур, имеющих непосредственное отношение к эмоционально-личностной сфере, - это гипофизарно-диэнцефальные отделы мозга, тесно связанные с медиобазальными отделами лобных и височных долей мозга

Во-первых, поражение данных областей мозга сопровождается патологией эндокринных нейрогуморальных механизмов, нарушением гормональных процессов.

Клинические особенности этих нарушений зависят от уровня и локализации поражения в указанной зоне. Эндокринно-обменные нарушения, наряду с другими факторами, обуславливают достаточно отчетливую эмоциональную патологию.

Во-вторых, поражение этих структур ведет к нарушениям неспецифических активационных процессов (в виде синдрома возбуждения, бессонницы или синдрома угнетения, сонливости), что накладывает свой отпечаток и на эмоциональную сферу.

В-третьих, поражение этих структур всегда связано с выраженной вегетативной патологией - нарушениями регуляции сердечно-сосудистой, температурной и других систем организма. Данные симптомы наряду с другими (базально-церебральными, оптохиазмальными и др.) симптомами от смещения образований основания мозга, а также общемозговыми симптомами входят в клиническую картину заболевания.

На этом фоне развиваются различные психические, в том числе и эмоционально-личностные изменения. При грубых случаях наблюдаются гипофизарные нарушения эмоциональной сферы в виде "гипофизарной деменции" с явлениями общего психического возбуждения, эйфории или агрессивности, озлобления.

В целом эмоционально-аффективные нарушения, возникающие при поражениях гипофизарно-диэнцефальной области мозга, протекают, как правило, в форме расстройства фоновых состояний при большей сохранности критики, т. е. собственно личностного отношения к своему эмоциональному дефекту.

По Доброхотовой

- При локальных поражениях мозга возможны как постоянные расстройства, так и пароксизмальные аффективные нарушения
- К постоянным относятся неврозоподобный синдром, депрессивные, гипоманиакальные синдромы, маниакальноподобные синдромы, эмоциональные изменения в виде аспонтанности, обеднения эмоций и др.
- К пароксизмальным аффективным нарушениям относятся спонтанно возникающие аффекты, не имеющие реального повода, а также аффекты, возникающие в ответ на реальную причину, но не адекватные ей.

- Первый тип пароксизмов – сильные приступы страха, ужаса, тоски, которые сопровождаются висцерально-вегетативными реакциями и галлюцинациями
- Второй тип пароксизмов составляют разные по содержанию аффекты, которые развиваются на фоне устойчивых эмоционально-личностных изменений психики

некоторые из этих нарушений
наиболее значимы для
реабилитационной работы

Аспонтанность —

невозможность произвольной инициации какой-либо деятельности.

Возникает при двустороннем поражении лобных долей или при массивном страдании правой лобной доли.

Нарушается «пусковой механизм» целенаправленной активности.

Реабилитационные мероприятия

при таких нарушениях начинаются с медикаментозной терапии.

Хороший эффект в преодолении аспонтанности в остром периоде черепно-мозговой травмы дает эндоназальный электрофорез глютаминовой кислоты.

На следующем этапе проводится специальный когнитивный тренинг, включающий больного в работу через непроизвольно осуществляемые акты. Нарушенная спонтанная инициация заменяется побуждающим действием поля.

Реабилитационные программы для больных с остаточными формами аспонтанности связаны с созданием внешней системы опор, организующих их деятельность. Например, совместно с больным обсуждается и записывается распорядок дня, в котором периоды отдыха чередуются с реабилитационными мероприятиями и посильным участием в домашних делах. Этот план вывешивается на видное место, его выполнение контролируется, а специальные психотерапевтические техники облегчают момент «включения» в работу. Больной обучается выстраиванию не только ближайших, но и отдаленных жизненных планов.

- Если инвалидизирующие дефекты препятствуют возвращению к прежней трудовой деятельности, помощь в структурировании времени и активности оказывает любой учебный процесс (курсы, училище, обучение прикладным навыкам и т.д.).
- Даже при сомнительной возможности последующего трудоустройства посещение какого-либо учебного заведения больным до 30 лет является весьма желательным, т.к. способствует закреплению навыков планирования и целеполагания, помогает преодолеть аспонтанность.
- В более позднем возрасте учебная деятельность может быть заменена вовлечением больного в процесс воспитания детей и внуков, посильный уход за ними, совместное обсуждение их будущего.

Анозогнозия —

искаженное восприятие собственных дефектов.

Возникает, как правило, при поражении передних отделов правого полушария.

Часто анозогнозия сопровождается синдромом левостороннего пространственного игнорирования.

- Психотерапевтическая работа с проявлениями анозогнозии также ведется через осознание дефектов, через формирование адекватной внутренней картины болезни.
- До окончания этой работы, до преодоления всех гностических и поведенческих дефектов важные решения и поступки больного должны рассматриваться через призму неполной личностной ответственности.
- По этой же причине больной даже с остаточными проявлениями анозогнозии не может управлять транспортными средствами, с какой бы убежденностью он ни говорил об обратном.

Эмоциональные изменения

Не всегда отмечаемые у больного эмоциональные изменения являются мишенью реабилитационных воздействий.

Например, пониженный фон настроения, переживание случившегося, тревога за свое будущее являются адекватным отражением ситуации и требуют медикаментозной коррекции только в случае глубокой подавленности и суицидальных намерений.

Задача психотерапевта — помочь больному выстроить иерархию целей с учетом существующих возможностей, найти скрытый психологический ресурс для достижения целей восстановительного обучения, определить зону ближайшего развития, прочувствовать опыт тяжелой болезни как ПОЗИТИВНЫЙ.

Повышенный эмоциональный фон

не требует медикаментозной коррекции.

Хотя он и не является адекватным в сложившейся ситуации, но, как показывают экспериментальные исследования, на ранних стадиях реабилитации благоприятен для протекания следовых процессов, т.е. способствует хорошему закреплению двигательных и когнитивных навыков.

Эмоциональная лабильность,

неконтролируемые приступы плача, навязчивый смех и другие пароксизмальные проявления эмоциональной жизни поддаются коррекции специальными психотерапевтическими техниками, переводящими их на произвольный, управляемый уровень.

Эмоциональная уплощенность —

- наиболее трудно корректируемый дефект. Больной амимичен, его речь монотонна, эмоционально не модулирована, часто не изменяется даже по громкости, движения невыразительны. Больные ограничены в социальных контактах, они не синтонны в общении, вызывают отчуждение окружающих.

- Для преодоления этих нарушений параллельно проводятся психокоррекция и специальный когнитивный тренинг.
- Одним из методических приемов является «озвучивание» речи персонажей на специальных сюжетных картинках. Придуманная с помощью психолога, выступающего в роли педагога, фраза произносится с интонацией, максимально приближенной к состоянию персонажа картинки.

Психотерапия является наиболее эффективным методом реабилитационного воздействия при эмоциональной патологии, неадекватных установках и социальной дезадаптации больного.

рациональная психотерапия, стержнем которой является правильная, доступная пониманию больного трактовка характера заболевания, логическая аргументация и разъяснение значимых для пациента вопросов, используется обычно врачом-реабилитологом и мало применима в случаях измененного состояния сознания.

телесно-ориентированная терапия в разнообразных модификациях и техники процессуально-ориентированной психотерапии дают значительный эффект у пациентов, выходящих из вегетативного состояния.

Многие психотерапевтические школы используют техники обучения пациента регуляции собственных функций, не только психических, но и висцеральных.