



## Психолого-педагогическая коррекция состояний

### ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ И ВОЗМОЖНОСТИ АДАПТАЦИИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИИ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

Психолог *Л.Н.Шипицына*

Поликлиника УВД Омской области

Дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭ) — синдром прогрессирующего многоочагового или диффузного поражения головного мозга, проявляющийся клиническими неврологическими, нейропсихологическими или психическими нарушениями. Клиническая картина ДЭ имеет прогрессирующее развитие, и на основании выраженности симптоматики ее разделяют на три стадии. В первой стадии доминируют субъективные расстройства в виде головных болей и ощущения тяжести в голове, общей слабости, повышенной утомляемости, эмоциональной лабильности, снижения памяти и внимания, головокружения, чаще несистемного характера, неустойчивости при ходьбе, нарушения сна. Эта стадия — начальная. В ней еще не происходит формирования отчетливых неврологических синдромов (кроме астенического), и при адекватной терапии возможно улучшение или устранение отдельных симптомов и заболеваний.

Набор жалоб больных со второй стадией ДЭ — стадией умеренного нарушения, сходен с таковыми при первой стадии, хотя нарастает частота нарушений памяти, трудоспособности, головокружения, неустойчивости при ходьбе, несколько менее часто фигурирует жалоба на головную боль и другие проявления астенического симптома комплекса. В этой стадии уже оказывается возможным вычлнить определенные доминирующие неврологические синдромы, которые могут существенно снизить профессиональную и социальную адаптацию больных.

Третья стадия ДЭ — стадия выраженных интеллектуально-мнестических нарушений. В ней уменьшается объем жалоб, что сочетается со снижением критики больных к своему состоянию, хотя сохраняются жалобы на снижение памяти, неустойчивость при ходьбе, нарушение сна. Значительно более выраженными оказываются объективно неврологические расстройства. Четко может выделяться психоорганический синдром, часто наблюдается пароксизмальное со-

стояние — падения, обмороки, эпилептические припадки. Больные с ДЭ третьей стадии, по существу, неработоспособны, их социальная и бытовая адаптация резко нарушается.

Достаточно характерными и разнообразными по форме в разных стадиях ДЭ являются эмоционально-аффективные расстройства. Если в начальных стадиях они носят, в основном, характер невротоподобных астенических, астено-депрессивных и тревожно-депрессивных нарушений, то во второй и особенно третьей стадии ДЭ к ним присоединяются выраженные дисмнестические и интеллектуальные расстройства, формирующие синдром сосудистой деменции.

Для оценки тяжести заболевания следует учитывать и выраженность социальной дезадаптации: первая стадия — больной способен в обычных условиях обслуживать себя, сложности возникают лишь при повышенной нагрузке (эмоциональной или физической), вторая требует некоторой помощи в обычных условиях, третья стадия — из-за неврологического или когнитивного дефекта он не способен осуществлять даже простые функции, требуется постоянная помощь.

Хронические формы сосудистой мозговой недостаточности (ДЭ) весьма часто отмечаются не только у пожилых, но и в более молодом возрасте. По данным профилактических осмотров, ДЭ выявляется у 20-30% лиц трудоспособного возраста. Предпосылками возникновения ДЭ является длительная артериальная гипертензия. Нарушение и прогрессирование когнитивных функций — одно из наиболее частых клинических проявлений ДЭ. Снижается память, уменьшается умственная работоспособность, замедляется скорость обработки новой информации, отмечаются нарушения произвольного внимания и регуляции деятельности. Нарушения памяти носят модально-неспецифический характер — слуховая и зрительная память страдают в равной степени. Выраженность когнитивных расстройств при ДЭ превосходит нормальные возрастные изменения. При этом когнитивные нарушения могут приводить к ограничениям повседневной активности.

Нами проведено изучение структуры заболеваемости центральной и периферической нервной системы контингента сотрудников ОВД за период 1998-2000 гг. С заболеванием центральной и периферической нервной системы отмечено в 1998 г. — 44,09%, в 1999 г. — 38,0%, в 2000 г. — 55,47%. Пик заболеваний приходится на 2000 г., увеличение произошло за счет привлечения сотрудников ОВД в командировки



в зоны «ЧС». Дисциркуляторная энцефалопатия делится на ДЭ травматического, сосудистого и смешанного генеза.

ДЭ травматического генеза составляет в нашем исследовании 70 % от общего числа. Экспериментально-психологическое обследование больных с последствиями черепно-мозговой травмы проводилось с помощью методик ММРІ, «Незаконченные предложения» и теста «Рисуночные ассоциации» С. Розенцвейга.

*Приведем пример.* Больной К. предъявляет жалобы на головную боль, состояние тревоги, беспокойства, последнее время стал раздражительным. Из-за этого появились конфликты в семье. В анамнезе три черепно-мозговых травмы, одна из которых — с длительной потерей сознания. С помощью ММРІ был выявлен отчетливый подъем по 1-й шкале (до 90 Т-баллов), а также значительное повышение показателей по 6-й и 8-й шкалам (до 75-80 Т-баллов) при относительном снижении по 4-й и 9-й, что свидетельствует о крайней сосредоточенности больного на себе, собственном самочувствии, уверенности в наличии тяжелого заболевания. Все это выражается в изменении настроения, внутренней напряженности, склонности к накоплению отрицательных эмоций, снижению активности, утрате инициативы как в социальном, так и в профессиональном планах. Эти данные подтверждаются и результатами, полученными с помощью методов «Незаконченные предложения» и «Рисуночные ассоциации» С. Розенцвейга. Социальные контакты больного нарушаются из-за его чрезмерной требовательности к окружающим, категоричности суждений, эмоциональной вязкости. В стрессовых ситуациях для него характерны неадекватные реакции экстрапунитивной направленности с фиксацией на защите своего «я», которые он реализует без учета того, имеет место угроза личности или нет.

Дисциркуляторная энцефалопатия сосудистого генеза. Она составляет 25 % от общего числа, характеризуется неврозоподобными проявлениями в виде стойких астено-гриппических и астено-динамических расстройств, склонности к образованию ипохондрических идей, незначительных интеллектуально-мнестических нарушений (рассеянности, забывчивости, трудности сосредоточения внимания). Для исследования этих функций применяются таблица Шульте, Шульте-Горбова, исследование памяти, ММРІ «Незаконченные предложения», «Рисуночные ассоциации» С. Розенцвейга, ШРЛТ.

*Приведем пример.* Больная И. Критика сохранена, по данным ММРІ, имеются пиковые значения по 1-й и 7-й шкалам, при этом наблюдается и небольшой подъем по 2-й и 6-й шкалам. Это свидетельствует о том, что в состоянии больной преобладает стойкий тревожный компонент, связанный, в основном, с наличием неприятных соматических ощущений и астенизации. Метод «Незаконченных предложений» выявляет мнительность, нерешительность, неуверенность в своих силах, склонность к тревожным опасениям (особенно по отношению к будущему), что зачастую приводит ее к сужению круга социальных контактов. Среди особенностей эмоционального реагирования,

определяемых с помощью метода С. Розенцвейга, выявляется экстрапунитивность в сочетании с реакциями фиксации на удовлетворении потребностей, что свидетельствует о повышенной чувствительности к ситуации, которая блокирует данную потребность. ШРЛТ обнаруживает, что этой больной свойственна высокая степень реактивной тревожности, которая проявляется в эмоциональной напряженности, беспокоестве, неопределенных страхах, что вызывает потребность в частых продолжительных контактах с психологом, чтобы развеять эти опасения. Это связано с повышенной заботой о своем здоровье, личностная тревожность повышена незначительно.

На дисциркуляторную энцефалопатию смешанного генеза приходится 3% заболеваний. При этом наблюдаются расстройство функционирования головного мозга и психопатологические симптомы. Выявлена корреляция между состоянием сердечно-сосудистой и нервной системы, а именно — изменение сосудистой регуляции, что приводит к нарушениям центральной и региональной гемодинамики с развитием дисциркуляторной энцефало- и энцефаломиелопатии (ДЭП) со свойственным ей психоорганическим синдромом. Последний имеет в этом случае клинические особенности в виде полиморфных эмоционально-волевых и однотипных мнестических расстройств. Клиника ДЭП характеризуется следующими признаками:

1. Периодичностью, стадийным протеканием психических расстройств, которые зависят от преморбидных типологических особенностей личности, конституционно обусловленных сензитивностью к влиянию экзогенных факторов, а также возможностями адаптационных резервов организма, а именно — компенсаторно-приспособительных реакций.

2. Клиническим полиморфизмом, когда могут встречаться факультативные психопатологические синдромы эмоциональных, двигательно-волевых расстройств, а также расстройств восприятия, мышления, памяти. Характерные соматические расстройства и неврологическая симптоматика.

3. Прогрессирующим характером, т. е. тенденцией к возникновению более тяжелых клинических симптомов и признаков ретардации, что является триттерным механизмом «замкнутого круга».

У всех больных имеется фиксационная амнезия, которая формируется за счет как уменьшения объема внимания и отвлекаемости, ретенции всего объема материала или ситуации, так и уменьшения возможностей воспроизведения. Эмоционально-волевые расстройства также наблюдаются у всех больных, они довольно разнообразны.

При появлении головных болей и психопатологических симптомов у больных появляются сомнения относительно собственного здоровья, профессиональной и социальной пригодности. Это провоцирует возникновение тревоги.

Лечение ДЭ должно включать воздействия, направленные на основное заболевание, на фоне которого развивается ДЭ, устранение неврологических и психопатологических синдромов. Необходимо проводить адекватную терапию сопутствующих соматических заболеваний, течение которых по физиоген-



ным или психогенным механизмам оказывает существенное влияние на нервно-психический статус больных.

Для лечения ДЭ применяется поведенческая психокоррекция (чаще всего при возникновении тревоги). При лечении ипохондрических депрессивных расстройств применяется когнитивная психотерапия, межличностная, специальная интенсивная психокоррекция. Эффективность лечения по данной группе составляет: 71,53% — улучшение, без перемен — 28,47% (в этот процент входят в основном сотрудники с травматической энцефалопатией).

## РЕАБИЛИТАЦИЯ И ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ УЧАСТНИКОВ ВООРУЖЕННЫХ КОНФЛИКТОВ

Врач-психиатр *Л.А. Сазонова,*  
*С.В. Арсентьева*

Поликлиника УВД Омской области

Последствия воздействия экстраординарных стрессовых событий на непосредственных участников и членов их семей приобретают в последние годы все большее значение. В отечественной литературе проблема представлена рядом публикаций (Б.Д. Цыганков, 1992; В.К. Смирнов, 1990, 1992; С.В. Литвинцев, Ю.А. Мартынюк, Е.В. Снедков, 1992; С.Ф. Алянкин, 1992; А.В. Смирнов, 1996; И.А. Андреева, 1999).

Концепция посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР) рассматривается как некая всеобщая модель, определяющая все формы психопатологических и психологических реакций после перенесенного травматического события. Ю.А. Александровский (1995) ввел понятие “социально-стрессовое расстройство”, включающее в себя неврозы, реактивные состояния, психопатии и алкоголизм. Исследователи динамики постстрессовых состояний выделяют острый, отсроченный, хронический и затяжной варианты. Работы, основанные на материале войн в Афганистане и Чечне, а также других событий последних лет, показывают, что отмечается тенденция к значительному увеличению веса отсроченных и затяжных постстрессовых состояний. Так, по приблизительным оценкам, частота ПТСР среди населения в целом достигает 1%, а среди лиц, перенесших травматическое стрессовое событие, — от 15 до 50% (С.Р. Figly, 1985, 1986; R.S. Epstein, 1989).

Практическая работа психиатра, психотерапевта с участниками боевых действий в условиях поликлиники УВД Омской области складывается из взаимодействия со специалистами смежных специальностей:

— психологами ЦПД, составляющими психологические характеристики на сотрудников, обнару-

живших расстройство адаптации, невротические, поведенческие, аффективные и другие расстройства до или после пребывания в зоне боевых действий;

— психологами подразделений — для совместного обсуждения плана эффективной адаптации к условиям службы сотрудника после проведенного лечения;

— психиатрами ЦПД и ОВВК для решения экспертных вопросов о годности сотрудников к дальнейшей службе в ОВД.

Проводятся профилактические осмотры сотрудников, участников вооруженных конфликтов с целью выявления постстрессовых расстройств. При этом внимание обращается на сотрудников, имеющих конфликты по службе и в быту, склонность к употреблению алкоголя, психосоматические расстройства, и др.

Выявленных в результате такой работы сотрудников, у которых обнаружены постстрессовые расстройства, берут на профилактическое наблюдение и лечение.

Расстройство адаптации (F43,2 по МКБ — 10) имеет различные клинические проявления. Это депрессивное настроение, тревога, беспокойство (или их смешение); чувство неспособности справиться, планировать или продолжать оставаться в настоящей ситуации, а также некоторая степень снижения продуктивности в ежедневных делах. Сотрудник может чувствовать склонность к драматическому поведению и вспышкам агрессивности. Начало расстройства адаптации обычно в течение месяца после стрессового события, а продолжительность не превышает 6 месяцев.

Всем сотрудникам с выявленным расстройством адаптации назначалось седативное лечение — травяные успокаивающие сборы; при расстройстве сна — снотворные; при поведенческих нарушениях — корректоры поведения сонопакс, неулептил; а также симптоматические и общеукрепляющие средства. С каждым сотрудником проводилась индивидуальная работа, выдавались методические рекомендации по проведению аутогенной тренировки (АТ), велось обучение АТ на групповых психотерапевтических сеансах. В результате проведенной работы отмечалась компенсация состояния, все пролеченные сотрудники с работой справляются.

Посттравматическое стрессовое расстройство (F43,1 по МКБ — 10) возникает как отставленная или затяжная реакция на стрессовую ситуацию исключительно угрожающего или катастрофического характера. Предыспонирующие факторы, такие, как личностные черты (например, компульсивные, астенические) или предшествующие невротические заболевания могут понизить порог развития этого синдрома или утяжелить его течение, но они не обязательны и недостаточны для объяснения его возникновения. Типичные признаки включают эпизоды повторного переживания травмы в виде навязчивых воспоминаний (реминисценций), снов или кошмаров, возникающих на фоне хронического чувства «оцепенелости» и эмоциональной притупленности, отчуждения от других людей, отсутствия реакции на окружающее, ангедонии и уклонения от деятельности и ситуаций, на-