

УДК 159.95

Цветкова Любовь Семеновна

доктор психологических наук, профессор,
профессор кафедры нейро- и патопсихологии
Московского государственного университета
Им. М.В. Ломоносова
dom-hors@mail.ru

Tsvetkova Lubov Semenovna

D.Phil. in Psychology,
Professor of the Neuro-
and Pathopsychology Department,
Moscow State University
dom-hors@mail.ru

Цветков Андрей Владимирович

кандидат психологических наук,
руководитель отделения клинической психологии
Московского научно-практического
центра наркологии
dom-hors@mail.ru

Tsvetkov Andrey Vladimirovich

PhD in Psychology,
Head of the Clinical Psychology Department at the
Moscow Research and Implementation
Center of Addictology
dom-hors@mail.ru

ИЗМЕНЕНИЕ УСТАНОВКИ ЛИЧНОСТИ КАК МЕХАНИЗМ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

CHANGE OF THE PERSONAL ATTITUDE AS A NEUROPSYCHOLOGICAL REHABILITATION MECHANISM

Аннотация:

Современная нейрореабилитация сосредотачивает свое внимание в первую очередь на восстановлении речи и познавательных психических процессов, полагая реабилитацию личности задачей психотерапии. В статье на клинических примерах показано, что щадящая установка, изменения «образа тела» и невротические переживания, свойственные большинству больных с органическими поражениями мозга, оказывают существенное влияние на эффективность нейропсихологической реабилитации.

Ключевые слова:

нейропсихологическая реабилитация, установка личности, опосредованное вербальное воздействие.

Summary:

Contemporary neuro-rehabilitation focuses primarily on the speech and cognition processes restoration, considering the personality rehabilitation to be an object of the psychotherapy. Basing upon clinical cases the article shows that attenuated set, changes of the body image and neurotic feelings, peculiar to the most patients with idiophrenic disease, influence effectiveness of the neuropsychological rehabilitation.

Keywords:

neuropsychological rehabilitation, personality attitude, indirect verbal impact.

В теории нейропсихологической реабилитации, созданной в школе А.Р. Лурия, наиболее разработанным представляется аспект восстановления ВПФ с опорой на произвольный уровень протекания психических процессов путем их внутри- или межсистемной перестройки (см., например, [1]). Другие пути восстановления («спонтанный», викариат, медикаментозный и проч.) описаны существенно менее подробно. При этом роли личности в формировании дефекта познавательных процессов посвящено очень мало работ (подробнее – [2; 3]). Такой путь восстановления ВПФ, как изменение личностной установки рассматривается, прежде всего, в классических работах [4], что не мешает практикующим специалистам прибегать к нему во многих ситуациях.

Так, в нашей практике отмечено несколько случаев, когда изменение щадящей или патологической установки личности было единственным способом восстановить речь.

Так, больная Д., 45 лет, поступила в Клинику нервных болезней Первого МГМУ им. И.М. Сеченова после случившегося с ней четыре года назад «инсульта». В неврологическом статусе: правосторонний гемипарез с частичной утратой подвижности руки и ноги, снижение кожной чувствительности и тонуса мышц на правой стороне тела, нарушение речи по типу комплексной (афферентно-эфферентной) моторной афазии (больная не понимает речь и не может произнести ни одного звука, неречевой слух сохранен), выраженная дисфория (тревога, тоска, сочетание вспышек гнева с плачем). При этом данные объективных исследований (компьютерная томография, электроэнцефалограмма, ультразвуковая доплерография сосудов головного мозга) противоречивы: отмечается незначительное снижение кровенаполнения в бассейне левой среднемозговой артерии, диффузные изменения биоэлектрической активности по типу дисфункции подкорковых образований, не отмечено очагов некроза ткани мозга или кровоизлияния. На основании сопоставле-

ния данных осмотра и объективных исследований неврологами поставлен диагноз (по МКБ-10) «G45.9 Транзиторная церебральная ишемическая атака неуточненная», выдвинуто предположение, что наблюдаемые неврологические симптомы (нарушение речи, движений, эмоциональной сферы) относятся к резидуальной (остаточной) симптоматике после перенесенной четыре года назад транзиторной ишемической атаки. Больная Д. направлена на консультацию нейропсихолога для уточненной диагностики нарушений ВПФ и определения стратегии реабилитации.

Первое, на что мы обратили внимание при обследовании Д., – она совершенно не стеснялась нейропсихолога, врачей и ординаторов (данный случай был вынесен на клинический разбор): не было постоянных оглядываний на присутствующих, жалоб или просьб провести обследование в индивидуальном порядке. Однако Д. демонстрировала свои страдания в связи с болезнью: утирала слезинки, вздыхала, показывала на рот и уши «не могу говорить и не слышу». Интересно, что при этом на просьбу нейропсихолога сесть за стол, высказанную только словами, отреагировала верно.

Перед больной были разложены карточки методики «Классификация» (по Б.В. Зейгарник), дано стандартное задание «разложить, что к чему подходит». Д. показала жестами, что не понимает и не может выполнить задание. Тогда был использован методический прием опосредованной инструкции: психолог заявил «сейчас я схожу за другим материалом» и, выходя из кабинета, шепотом попросил одного из ординаторов позвонить на телефон в кабинете и помолчать в трубку. Уже по возвращении в кабинет было отмечено, что Д. приступила к заданию. Затем последовал телефонный звонок, в ходе «разговора» психолог сказал: «Да, у меня сейчас больная Д., да, она прекрасно справляется с заданиями, вот сейчас мы договорим, и я попрошу ее отложить в сторону картинки мебели, уверен, она прекрасно это сделает!». По окончании разговора отмечено, что Д. полностью выполнила задание, описанное психологом «по телефону». Следующий методический прием опосредованного речевого воздействия состоял в «исследовании моторики рук»: Д. было предложено пожать руку психолога здоровой и больной рукой, поднять руки на уровень плеч и бросить их, поднять на уровень плеч и держать, несмотря на давление рук психолога. Д. показала жестом левой руки, что правой она выполнять задания не может, тогда психолог оказал ей помощь – поднял ее руку, подержал ее, сжал ее. В течение всего этого времени осуществлялся массаж ладони правой руки Д., с речевым сопровождением (обращенным как бы к присутствующим врачам и психологам): «Вот видите, больная прекрасно владеет рукой, после небольшой тренировки подвижность полностью восстановится, давайте дадим Д. комплекс специальной гимнастики!». В конце обследования Д. было предложено произнести ряд звуков, она снова продемонстрировала невозможность для себя выполнения такого задания. Тогда больной была предложена специальная дыхательная техника (глубокий вдох и выдох рывками, с рычанием), которая «поможет вернуть голос за три дня». Уходила из кабинета психолога Д. в слезах, но с улыбкой. Итоговый диагноз: «истерический мутизм». Речь и движения вернулись к Д. (при активном выполнении ею «гимнастики» и «дыхательных упражнений») менее чем за сутки.

Анализ приведенного случая, лежащего на границе нейропсихологии и психологии телесности, показывает, что неадекватные психологические защиты и акцентуации личности могут приводить не только к психосоматическим расстройствам, но и к нарушениям психической сферы. Этот факт, известный со времен работ З. Фрейда, требует осмысления в контексте нейропсихологической реабилитации, поскольку вполне вероятным представляется сочетание личностных, когнитивных и объективно наблюдаемых неврологических нарушений. Представляется важным, что подобные случаи характерны не только для пациентов с истерическим радикалом, но и для относительно структурно-стабильных личностей, оказавшихся в ситуации смыслового кризиса.

Приведем пример: больной З., 72 года, генерал запаса, ветеран Великой Отечественной войны, поступил в Клинику нервных болезней Первого МГМУ им. И.М. Сеченова с жалобами на полную утрату слуха после перенесенной контузии. Травма имела место 14 лет назад, во время военных учений. З. ненадолго потерял сознание, а придя в себя, обнаружил, что не слышит ни речи, ни других звуков. В связи с последствиями травмы был уволен в запас досрочно. В неврологическом статусе отмечается легкий тремор рук, горизонтальный нистагм (выражен слабо). Объективно, по данным аппаратных исследований – незначительное снижение кровенаполнения в вертебробазилярном бассейне, диффузные изменения биоэлектрической активности по типу дисфункции подкорковых образований. Лечащим врачом З. отмечено, что подобные симптомы могут иметь возрастной, а не патологический характер. В связи с этим З. направлен на консультацию нейропсихолога для проведения дифференциальной диагностики и подбора методов восстановительного обучения.

При первой встрече З. не идет на контакт: «Да что Вы можете сделать, даете какие-то картинки дурацкие!», демонстрирует непонимание вербальной инструкции, поэтому все задания ему предъявляются в письменном виде. Нейропсихологическое обследование показывает сохранность у З. системы высших психических функций в рамках возрастной нормы. По предложению лечащего врача З. посещает занятия по восстановительному обучению, хотя высказывается о возможностях психолога негативно. В ходе курса восстановительного обучения, построенного как занятия по восстановлению мышления [5], было отмечено, что З. непроизвольно реагирует (мимикой, жестом) на оценку его действий нейропсихологом, даже высказанную «ровным» тоном и вполголоса. Тогда было применено опосредованное вербальное воздействие: за спиной у З. нейропсихолог (якобы отлучившийся за материалом) начал, не повышая тона и сохраняя доброжелательную интонацию, ругать З. бранными словами. Реакция была бурной: «Как Вы смеете! Я боевой генерал, ветеран войны, да я таких...». Следующая фраза психолога: «Так значит, Вы все слышите!» – вызвала у З. смех: «А ведь и правда, слышу же!».

Беседы с З. после «восстановления слуха» показали, что он, будучи «военным до мозга костей», очень боялся 60-летия и последующей «почетной пенсии». Поэтому потеря слуха при контузии, в сущности, была идеальным выходом из ситуации – из армии З. был уволен в связи с ранением, а не по возрасту.

Приведенный материал свидетельствует, что никоим образом нельзя согласиться с иногда высказываемой позицией (см. об этом, например, [6]) заключающейся в ограничении нейропсихологической диагностики и реабилитации рамками «когнитивных функций» (высших психических процессов), без учета личности и семейной ситуации больного. Более того, каждый нейропсихолог сталкивался в своей практике с ситуацией – в клинике больной уже хорошо способен справляться с заданиями, у него в существенной степени восстановилась речь, а оказавшись дома, больной становится полностью зависим от родственников и медицинского персонала, не может выполнить простейшие действия. Понятно, что винить в этом только заболевшего человека было бы абсурдно, и свою роль играют установки членов семьи и медиков, нередко это установки на инвалидизацию. Однако работу по преодолению в первую очередь негативной установки у больного производить необходимо именно в ходе нейропсихологической реабилитации.

Немалое значение для реабилитации речи и познавательных процессов имеет их опосредствование через «образ тела». Так, в работе А.В. Цветкова и Е.В. Боярской [7] было установлено, что у больных с поражением правого полушария (в виде острого нарушения мозгового кровообращения в бассейне средней мозговой артерии) наблюдается дефицит образа тела и дезинтеграция хронотопа, у больных с аналогичным поражением левого полушария – дефицит субъектного уровня саморегуляции и определенный дисфорический компонент. При этом принципиально важным представляется тот факт, что личностные изменения зафиксированы у больных с хроническим алкоголизмом, для которых в последнее время разрабатываются методы восстановительного обучения, выявлена гипердифференциация «образа тела», с накоплением реальных и мнимых патологических ощущений, снижающих мотивацию к лечению – так, больной 56 лет заявил нам в ходе обследования: «Ну чего я хочу? Хотя б до 60 дотянуть... Какое у меня еще будущее!». Следовательно, искажения личностной установки являются общим, системным эффектом органического поражения мозга и требуют учета в рамках нейропсихологической реабилитации как один из важнейших механизмов нарушения / восстановления высших психических процессов.

Ссылки:

1. Цветкова Л.С. Нейропсихологическая реабилитация больных. М., 2004.
2. Глозман Ж.М. Личность и нарушения общения. М., 2002.
3. Цветкова Л.С. Афазиология: современные проблемы и пути их решения. М., 2002.
4. Запорожец А.В. Избранные психологические труды. М., 2007.
5. Цветкова Л.С. Нейропсихологическая реабилитация больных.
6. Глозман Ж.М. О субъектности лурьевской нейропсихологии // Вестник МГУ. Серия 14. Психология. М., 2012. № 2. С. 31–37.
7. Цветков А.В., Боярская Е.В. Особенности самосознания больных с поражением левого и правого полушария // Сб. материалов I международной научно-практической конференции «Когнитивные исследования на современном этапе. КИСЭ-2010». Ростов н/Д., 2010. С. 146–151.
8. Глозман Ж.М. Личность и нарушения общения. М., 2002.
9. Цветкова Л.С. Афазиология: современные проблемы и пути их решения.