

ПСИХОЛОГ В НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ: РАБОТА С КОРСАКОВСКИМ СИНДРОМОМ

В.МАКСАКОВ, С.УРАКОВ*

В клинике нейротравмы психологу довольно часто приходится работать с пациентами, находящимися в особом состоянии, которое в психиатрии принято называть “корсаковским синдромом” (КС). Это состояние было впервые описано С.С.Корсаковым в 1887 году у больных с “алкогольным параличом”. Позже симптомокомплекс, характерный для корсаковского синдрома, был отмечен и как следствие многих заболеваний, в том числе – черепно-мозговой травмы (ЧМТ).

Традиционный подход в отношении этих состояний предполагает определенные медикаментозные комплексы, тщательный надзор за пациентом и выжидательную позицию врача.

Авторы данной статьи попытались ввести психологическую составляющую в реабилитационное лечение данного заболевания.

В зарубежной медицинской литературе принято выделять целый перечень последствий тяжелой черепно-мозговой травмы (*m*ЧМТ), связанных с психической деятельностью пациента (мнестические расстройства, дементные нарушения, “лобный синдром”, неадекватная агрессивность, личностные изменения и т.д.) (*Rao, Lyketsos, 2000*). Иногда одни только посттравматические мнестические нарушения обозначаются как корсаковский синдром (*Kashima et al., 1999*), хотя наряду с этим часто встречается и термин “посттравматическая амнезия” (*Sherer et al., 2002; Salazar et al., 2000*). Ввиду подобного разнообразия взглядов на патогенез заболевания реабилитация пациентов, перенесших *m*ЧМТ, о которой мы будем говорить в данной статье, ведется либо по разным направлениям одновременно, либо в направлении одного из выделенных психиатром и/или нейропсихологом и, с их точки зрения, наиболее инвалидизирующего дефекта.

В отечественной медицине долгое время обсуждался вопрос об основном расстройстве, наблюдающемся при КС: “элементарное слабоумие” (*Корсаков, 1887*) или расстройство запоминания текущих событий (*Гиля-*

* *Максаков Всеволод Юрьевич* – психолог отделения нейрореабилитации НИИ нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко РАМН.

Ураков Сергей Валерьевич – старший научный сотрудник группы психиатрических исследований НИИ нейрохирургии, канд. мед. наук.

ровский, 1927; Борзенков, 1970 и др.); нарушения мышления (Иванов, 1948; Абрамович, 1961 и др.) или пространственно-временная дезорганизация психической деятельности (Доброхотова и др., 1977, 1998).

В разных медицинских культурах существуют значительные терминологические расхождения, которые, с одной стороны, обусловлены исторически закрепленным разнообразием ведения пациента и различием в организации лечебного процесса, но с другой – влекут за собой различие в подходах к преодолению основных проблем пациента.

Лишь в последнее время психиатры стали рассматривать *КС*, как систему взаимозависимых признаков нарушений психической деятельности, не отдавая пальму первенства ни одному из симптомов (Доброхотова и др., 1991; Ураков, 1999). Интегральный взгляд психолога на нарушения психической деятельности у пациентов, перенесших *тЧМТ*, представляется не только более содержательным, но и более технологичным. Эта точка зрения дает возможность найти единый подход и общие приемы для работы с данным заболеванием, обеспечивает уменьшение сроков, необходимых для реконвалесценции пострадавшего.

Весьма полезным для практикующего психолога представляется психиатрическая классификация ***ведущих нарушений психической деятельности*** при посттравматическом *КС* (Ураков, 1999):

1. Нарушение памяти на текущие события.
2. Ретро-, кон- и антероградная амнезии.
3. Дезориентировка в окружающем.
4. Нарушения восприятия пространства и времени.
5. Эмоционально-личностные изменения (в виде эйфории, благодушия, снижения инициативы, анозогнозии).
6. Ложные воспоминания (конфабуляции).

Соответственно этой систематизации формируются тактические и технические возможности психолога, ведущего реабилитацию “нейротравматика”. Целостный подход к восстановлению пациента как личности, несомненно, должен включать в числе прочего системный взгляд врача на проявления посттравматической болезни, учитывать взаимосвязь симптомов в их развитии и регрессе.

Рассмотрим более подробно ***основные компоненты КС***, с которыми встречается медицинский психолог в клинике *тЧМТ*:

Фиксационная амнезия – нарушение способности запоминать текущие события и новые сведения. Больные моментально забывают о происходящем, не способны воспроизвести то, что происходило несколько минут назад. Они забывают детали разговора, текущие события, замещают его воспоминаниями из своего прошлого, не охваченного ретроградной амнезией.

Иногда можно обнаружить, что отдельные эпизоды текущего все же запоминаются, но без какой-либо связи события со временем и местом.

Больной Ж-в (24 года), 1,5 мес. после тЧМТ, развернутый КС.

Несколько раз в день психолог заходил к пациенту в палату, и каждый раз ему приходилось заново представляться ему, т.к. пациент забывал, кто этот “человек в белом халате” и как его зовут.

Ретроградная амнезия – отсутствие воспоминаний о предшествующих травме или нарушению сознания событиях, которые пациент воспринимал, когда находился в ясном сознании. Часто отмечается мозаичное воспоминание отдельных, *значимых* для больного событий, относящихся к амнезированной отрезку времени.

Больной Ж-в (24 года).

Психолог: Сколько Вам лет? Чем Вы занимаетесь?

Больной: Двадцать, сейчас я учусь в университете на четвертом курсе.

В данном случае ретроградная амнезия захватила период протяженностью в пять лет, в течение которых пациент закончил вуз и два года работал.

Кон- и антероградная амнезия – под конградной амнезией понимается отсутствие воспоминаний на период нарушения сознания; к антероградной амнезии относят отсутствие воспоминаний о переживаниях и событиях, которые происходили после восстановления сознания (имеется в виду неврологическая интерпретация уровня сознания).

Дезориентировка в личной и окружающей ситуации, месте и времени – больные правильно называют свои имя и фамилию, но при этом грубо ошибаются в определении своего возраста, социального и профессионального статуса. Путают окружающих, не всегда узнают родственников.

Дезориентировка в месте выражается в том, что пациенты не имеют никаких представлений о месте своего нахождения, часто определяя его по случайным признакам (“в школе”, “в спортзале”, “в казарме”).

Наиболее выраженной и характерной для всех больных, страдающих КС, является дезориентировка во времени. Больные грубо путают текущие год, месяц, число, время года и суток.

Эмоционально-личностные нарушения – по преобладанию тех или иных эмоционально-личностных нарушений выделяются три группы расстройств:

1) доминирование эйфории, благодушия, облегченной (вплоть до анозогнозии) самооценки и критики;

2) преобладание выраженного снижения целенаправленной произвольной активности, безразличия к происходящему, достигающего в некоторых случаях грубейшей аспонтанности;

3) атипичные для *КС* эмоционально-личностные изменения в виде пониженного фона настроения с элементами критики к своему состоянию.

Анозогнозия выражается в игнорировании больными собственной беспомощности, очевидной для окружающих. Больные не осознают даже грубые дефекты, такие как парезы, переломы конечностей, слепоту, невозможность сидеть и ходить, нарушения памяти.

Ложные воспоминания (конфабуляции) – таковые редко возникают спонтанно; в большинстве случаев пациент конфабулирует в ответ на настоятельные расспросы о текущем времени. Эти обрывки несуществующей реальности, как правило, очень обыденны. Пациент с легкостью меняет свои ответы, тасует, как колоду карт, реальные события из своей прошлой жизни, предъявляя их случайным образом.

К одной из разновидностей конфабуляций могут быть условно отнесены *ложные узнавания*. В этом случае имеют место не только вымыслы, но и затруднение восприятия и узнавания лиц. Следует отметить, что ложные воспоминания предъявляются пациентом простодушно и незаинтересованно, без скрытого желания обмануть. Это заставляет уделять большое внимание клинической беседе с родственниками пациентов для того, чтобы психолог мог с большей достоверностью ориентироваться в реальных фактах жизни больного до травмы.

В психиатрическом подходе принято выделять следующие *фазы клинической картины КС*:

1. Основные компоненты *КС* на фоне спутанности сознания.
2. Развернутый *КС* с максимальной выраженностью.
3. Регрессирующий *КС*.
4. Наличие отдельных компонентов *КС* на фоне формально полного его регресса.

Запрос на участие психолога в реабилитационном процессе возникает:

- у родственников (“он не хочет понимать, не слушается...”);
- у психиатра;
- у других участников реабилитационной команды.

По аналогии с психиатрическими представлениями о динамике посттравматического *КС* и с учетом личностных возможностей больного нами выделены некоторые *фазы в психологической реабилитации*. В частности:

1. Эмоциональной включенности.

2. Эмоциональной вовлеченности.

3. Переживания.

На основании многих наблюдений и работы в составе реабилитационной команды разработаны следующие принципы психологической работы с пациентами, страдающими корсаковским синдромом:

I. Психологическая реабилитация пациента, перенесшего *mЧМТ*, должна начинаться уже на первом этапе (фазе), даже при аментивной спутанности больного. Необходимо выяснить у родственников пациента те темы, которые наиболее интересовали его (работа, спорт, вождение автомобиля, туристические походы и т.д.) или занимали наибольшее время в его деятельности до травмы. При знакомстве с пациентом психолог отмечает те *значимые темы*, которые наиболее часто встречаются в речевой продукции больного, вызывают его интерес, эмоциональные переживания, короткие спонтанные высказывания без соскальзываний на другие темы, которые обычно наблюдаются при спутанности сознания или конфабуляциях. Такой “сбор информации” занимает одну-две сессии, помимо бесед с родственниками и близкими пациента.

II. При общении с больным данные темы вплетаются в канву разговора постепенно, в недирективной форме, психотерапевт возвращается к нужному направлению беседы, выражая личную заинтересованность в продолжении обсуждения. Психолог должен помнить, что на этом этапе энергетический ресурс пациента *крайне* ограничен и возможность удержания, осмысления и реакции *на эмоционально значимую тему* очень мала, но контакт, базирующийся на обоюдной эмоциональной вовлеченности, единственно возможен при названных дефектах пациента. В период развернутого *КС* психолог отмечает те вопросы, которые пациент задает и затрагивает *спонтанно*. Часто таким вопросом является выписка из клиники и возвращение домой, возобновление профессиональной деятельности, процесс дальнейшей реабилитации (при отсутствии или регрессе анозогнозии). “Слабым местом” людей, страдающих *КС*, является невозможность планирования своего ближайшего (минуты, часы) будущего. Психолог, пользуясь интересом пациента к собственной выписке, просит рассказать о том, что он собирается делать непосредственно после выписки, чем будет заниматься через 2-3 месяца.

На этом этапе, во время бесед с пациентом психолог никоим образом не мешает больному конфабулировать, не одергивает, не поправляет его. Важна лишь способность пациента удерживать логическую линию разговора и значимую *тему* без явных отклонений от нее. Эта цель достигается минимальными воздействиями психолога, возвращающими нить разговора к эмоционально окрашенной, значимой теме. С целью проследить динамику

ку изменения интервала удержания психолог отмечает для себя тот промежуток времени, на котором пациент удерживает тему.

На данном этапе родственникам даются такие рекомендации:

- Утром вместе с пациентом составлять план на текущий день (прием пищи, просмотр телевизора, занятия со специалистами, отход ко сну и т.д.).
- Не поправлять пациента при конфабуляциях и не напоминать о забытых фактах, а главной целью иметь наиболее долгое удержание больным обсуждаемой *значимой темы*. Такие целенаправленные беседы необходимо проводить три-пять раз в сутки в зависимости от энергетических возможностей (истощаемости) пациента.

На первом и втором этапах клинической реабилитации психолог должен помнить, что высказывание больному рациональных замечаний, касающихся дефектов его памяти, не вполне адекватно по причине анозогнозии пациента. Но и при ее отсутствии они препятствуют появлению спонтанности пациента, так как, боясь ошибиться в своих воспоминаниях, он будет стараться избежать или минимизировать их, и мотив для восстановления мнестических способностей может вовсе исчезнуть. На этот факт необходимо указать и близким больного.

III. Этот этап требует более директивного подхода психолога. На терапевтических сессиях он прерывает и отсекает соскальзывания и ложные воспоминания, указывая на их неверность и неадекватность. Учитывая возросший энергетический ресурс пациента, психолог сам переводит разговор с одной *значимой темы* на другую. В это же время расширяется и пополняется набор *тем*, вызывающих у больного не столь сильный эмоциональный отклик, но, тем не менее, важных для него.

Планирование ближайшего и более отдаленного будущего также становится более жестким. Нереальные или невозможные по состоянию больного планы подвергаются критике. Пациенту предлагается строить более адекватные проекты своего времяпрепровождения и в стенах клиники, и после выписки из нее.

На втором и третьем этапах беседа все еще может затрудняться по причине мнестических нарушений больного. В этих случаях психолог инициирует совместные логически адекватные размышления о возможных реальных фактах.

На этапе регресса анозогнозии и эмоционально–личностных нарушений у пациентов нередко развиваются астено-депрессивные состояния, обусловленные осознанием своих дефектов и угрозы изменения социального статуса.

Здесь цели контакта психолога с пациентом меняются: начинается индивидуальная психокоррекционная работа, направленная на адаптацию субъекта, с учетом произошедших с ним в результате нейротравмы изменений, к неизменным средовым условиям. Кроме того, на этом этапе пациент становится доступен нейропсихологической диагностике, которая структурирует дефект высших психических функций, объективизирует и “заземляет” все те странные неспособности, которые пациент в себе ощущает. Психологическая работа становится частью восстановительного обучения. На данном этапе весьма полезен также переход от индивидуальных психологических консультаций для родственников пациента к полноценной семейной психотерапии, поскольку тяжелая черепно-мозговая травма и ее последствия – это, как правило, боль всей семьи.

Данная методика является одним из примеров того, когда психологическая работа начинается в области, ранее полностью принадлежавшей врачам и фармакологической терапии. По нашему мнению, психолог может и должен сопровождать “органического” больного в течение всего периода заболевания или, по крайней мере, на этапе клинического и амбулаторного лечения. Его труд не отменяет медицинскую помощь со стороны психиатров, нейропсихологов, неврологов, и нисколько не умаляет ее ценности, но необходимо помнить, что только совместная, “командная” работа всех названных специалистов, психолога, самого пациента и его семьи приводит к полноценному восстановлению состояния больного.

Мы понимаем, что развернутая поэтапная психологическая реабилитация больных, перенесших нейротравму, в нашей стране доступна далеко не всем, кто в ней нуждается. Это связано со сложившимися медицинскими стереотипами, системой финансирования здравоохранения (отсутствие страховой медицины) и не в последнюю очередь фактическим отсутствием психологических служб в системе специализированных медицинских учреждений. Однако мы считаем, что методические приемы и наработки, которые выстраиваются в процессе совместной работы психолога и клинициста, не только ускоряют восстановление больного, но, в теоретическом плане, служат основанием для построения нового видения измененного болезнью и выздоравливающего человека.

ЛИТЕРАТУРА

- Доброхотова Т.А., Брагина Н.Н., Зайцев О.С., Гогитидзе Н.В., Ураков С.В. Сочетание корсаковского синдрома и односторонней пространственной агнозии. // Социальная и клиническая психиатрия, № 4, 1995.*
- Доброхотова Т.А., Брагина Н.Н., Зайцев О.С., Гогитидзе Н.В. Односторонняя пространственная агнозия. М., 1996.*

- Ураков С.В. Корсаковский синдром у больных с черепно-мозговой травмой. Автореферат канд. дисс. М., 1999.
- Психопатология черепно-мозговой травмы. // Клиническое руководство по черепно-мозговой травме. / Под ред. А.Н.Коновалова, Л.Б.Лихтермана, А.А.Потапова. Т.1. М., "Антидор", 1998.
- Sherer M. et al. Neuropsychological assessment and employment outcome after traumatic brain injury: a review. *Clin. Neuropsychol.*, 2002.
- Rao V., Lyketsos C. Neuropsychiatric sequelae of traumatic brain injury. *Psychosomatics*. 2000.
- Kashima H. et al. Current trends in cognitive rehabilitation for memory disorders. *Keio J. Med.*, 1999.
- Salazar AM. et al. Cognitive rehabilitation for traumatic brain injury: A randomized trial. Defense and Veterans Head Injury Program (DVHIP) Study Group, 2000.