

Дипломна робота

«Нейропсихологічний підхід та особливості поведінкової активації при депресії в період реабілітації учасників АТО/ООС.»

Володимир Неженець (L-8)

Київ 2020

Зміст.

Вступ. Актуальність проблеми.	3
Розділ 1. Сучасні наукові дослідження проблеми депресії при ПТСР.	4
1.1. Аналіз досліджень нейропсихологічних особливостей депресії при ПТСР.	4
1.2. Полівагальна теорія в комплексній терапії депресії при ПТСР у учасників АТО/ООС.	10
Висновки до розділу 1.	11
Розділ 2. Система нейропсихологічної та КПТ допомоги учасникам АТО/ООС з депресією при ПТСР.	13
2.1. Поведінкова активація, як необхідна стартова складова для Когнітивно-поведінкової терапії депресії учасників АТО/ООС.	13
2.2. Обґрунтування необхідності включення в поведінкову активацію конкретних нейропсихологічних методів.	17
2.2.1. Аудіально- візуальний тренінг.	17
2.2.2. Мозочкова стимуляція.	20
2.2.3. Полівагальний тренінг.	24
Висновки до 2 розділу	27
Розділ 3. Обговорення результатів роботи.	28
Опис клінічного випадку.	28
Приклад випадку з вибірки.	29
Висновок за результатами нейропсихологічного обстеження.	30
Висновок	33
Додаток А	37
Література	38

Вступ.

Тема психологічної та нейропсихологічної допомоги учасникам АТО\ООС, які переживають депресію є надзвичайно актуальною. Статистика суїцидів в Україні не ведеться, дані з різних джерел є дуже суперечливими. Однак, це не змінює суті проблеми – «афганський синдром», «в'єтнамський синдром» надали суспільству достатньо доказів необхідності такої роботи [11].

Посттравматичний стресовий розлад ветеранами АТО/ООС переживається по-різному. Але в ситуаціях, ускладнених пораненнями, інвалідністю, і, навіть при відсутності фізичних травм, дуже часто супроводжується депресією [20].

Метою даної роботи є огляд літературних джерел щодо нейропсихологічних особливостей протікання депресивних станів при ПТСР та рефлексія досвіду підсилення методів когнітивно-поведінкового підходу техніками нейропсихологічної реабілітації.

Свою увагу ми зосередили на:

- 1) висвітленні сучасних наукових уявлень про етіологію, патогенез, депресивних станів при ПТСР;
- 2) аналізі нейропсихологічних досліджень травми та депресії;
- 3) окресленні основних можливостей, що дає нейропсихологічна наука для корекційної роботи КПТ терапевта;
- 4) на рефлексії досвіду, отриманого під час роботи з використанням методів нейропсихологічної корекції в якості поведінкової активації.

У дослідження прийняли участь учасники АТО/ООС, які зверталися за допомогою до центру психологічної допомоги «Рівновага» у 2019-2020 роках.

До нашої вибірки увійшло 10 чоловіків віком від 24 до 51 року.

Всі приймали участь у бойових діях.

7 мали поранення різного ступеню важкості.

10 мали постконтузійний синдром, прояви ПТСР та депресивні стани.

Розділ 1. Сучасні наукові дослідження проблеми депресії при ПТСР

1.1. Аналіз досліджень нейропсихологічних особливостей депресії при ПТСР.

П'яте видання діагностичного статистичного посібника з психічних розладів (DSM-5), випущене в травні 2013 р. значно змінило визначення ПТСР. Зокрема, ПТСР було переміщено з групи тривожних розладів в окрему главу розладів, пов'язаних з травмою і впливом стресу. Також відбувся поділ кластера унікаючої поведінки на два окремих: уникнення і негативні зміни когнітивних функцій і настроїв. З'явилися такі формулювання, як «постійні і перебільшено негативні переконання або очікування від себе, інших або навколишнього світу (наприклад, «я поганий», «нікому не можна довіряти», «світ повністю небезпечний», «вся моя нервова система повністю зруйнована»).

Були додані такі симптоми, як приписування вини (собі або іншим), стійкі негативні емоційні стани і ризикова поведінка. Можливо, багато з цих змін пов'язані з депресивними симптомами і симптомами дисфорії, що не є специфічними для ПТСР [22].

Пацієнтів з ПТСР характеризують важкий емоційний стан, різке зниження адаптивних здібностей і когнітивних функцій. Вони, як правило, тяжко соціалізуються, ізолюються від суспільства, виникає високий ризик розвитку наркотичної та алкогольної залежностей [21].

Велика кількість досліджень останнім часом присвячені нейропсихологічним аспектам депресії при ПТСР.

У низці досліджень було доведено, що поруч із загальним зниженням якості життя і загального стану здоров'я у пацієнтів з депресією відзначаються локальні або дифузні зміни об'єму головного мозку, що згодом призводить до специфічних когнітивних порушень [10,17,18,19].

У кількох дослідженнях нейровізуалізації депресії при ПТСР спостерігалися структурні зміни в конкретних зонах сірої речовини (наприклад, передньої частини поясної звивини, гіпокампа і мигдалеподібного тіла), а також зменшення обсягів кори головного мозку [17, 21].

Нещодавно зміни білої речовини при депресії стали мішенню для низки досліджень. Так, було висунуто припущення, що зміна міжпівкульної взаємодії білої речовини є патофізіологічним механізмом, що призводить до виникнення симптомів депресії при ПТСР і дефіциту пам'яті [17, 18].

У поточних дослідженнях вчені зосередили увагу на кількісних показниках, підкоркових і коркових обсягах звивин, нейропсихологічній оцінці, включаючи оцінки IQ (тест Векслера [WAIS-R]), а також клінічних даних. Вони спробували знайти конкретні докази впливу депресії при ПТСР на показники обсягу коркових структур. Отримані результати продемонстрували, що обсяг сірої речовини кори менше у пацієнтів з депресією при ПТСР в порівнянні з контрольною групою, особливо в лобній і потиличній частках, і є клінічно значущим.

Це зменшення обсягу корелює з клінічними проявами. При нейропсихологічному обстеженні зазначалася наявність дефіциту певних типів пам'яті (вербальної короткострокової і зорово-просторової) і здатності концентрувати увагу, зокрема при виконанні складних завдань, які вимагають навичок інтеграції різних функцій.

Дослідники з Нідерландів в 2014 р. виявили, що у пацієнтів з депресією при ПТСР в порівнянні з групами контролю при проведенні фМРТ в стані спокою були зареєстровані зміни в функціональних зв'язках між такими

ділянками мозку, як мигдалина і медійна префронтальна кора, а також, зниження синхронізації між орбітофронтальною зоною і лімбічною системою і інтегрованості в мережі нейронів орбітофронтальної зони [18,19].

Орбітофронтальна зона бере участь в регуляції емоцій. Вчені виявили, що за позитивні думки і мрії відповідає передня ділянка середнього мозку - область орбітофронтальної кори.

Орбітофронтальна кора розташована в префронтальній корі відразу за людськими очима. Відомо, що вона відіграє певну роль в тривожних розладах, в емоційній і поведінковій регуляції шляхом інтеграції інтелектуальної та емоційної інформації. Розмір орбітофронтальної кори, напевно, пов'язаний зі схильністю до тривоги або до оптимізму [4,6,10].

Ця область активізується, коли люди починають думати про гарне майбутнє. У більш оптимістично налаштованих людей активізація проходить в більш яскраво вираженій формі. Ця ж частина мозку, вочевидь, функціонує зі порушеннями у людей, які страждають на депресію, заявили автори дослідження доктор Елізабет Фелпс (Elizabeth Phelps) з Нью-йоркського університету і Тейл Шарот (Tali Sharot) з Університетського Коледжу в Лондоні [18].

Їх дослідження було проведено в 2007 році. Вчені просканували мозок у 15 випробовуваних методом функціонального магнітного резонансу, в той час як учасники експерименту думали про своє майбутнє. Коли думки були приємні, зазначена зона мозку і мигдалеподібне тіло, відповідальні за емоційні відповіді, включаючи страхи і побоювання, активізувалися. Але найбільша кореляція з оптимізмом була відзначена в поясній звивині головного мозку. Травматичні події і хронічний стрес можуть зменшити частини орбітофронтальної кори. Це було доведено в дослідження 2011 року, в якому порівняли розмір ОФК на основі результатів візуалізації мозку у молодих людей до і після землетрусу і цунамі 2011 року в Японії. Вчені, очолювані

Ацуши Секигучи (Atsushi Sekiguchi), виявили, що обсяг сірої речовини ОФК атрофувався в багатьох піддослідних протягом декількох місяців після катастрофи. Люди, які втратили більшу частину обсягу ОФК в ОФК лівої півкулі, найчастіше мали діагноз посттравматичного стресового розладу (ПТСР)[23].

В подальшому дослідженні 2014 року Секугучі виявив мікроструктурні зміни білої речовини у пацієнтів з депресією при ПТСР.

У 2015 році дослідження Флоріна і Санді Долкос (Florin Dolcos, Sanda Dolcos) з Університету Іллінойсу, показало, що оптимізм може в кінцевому підсумку захистити людину від неспокою, стимулюючи зміни в його орбітофронтальній корі. Долкос і колеги виявили, що здорові дорослі, які мають велику орбітофронтальну кору, більш оптимістичні і менш тривожні. З чого випливає, що підвищити оптимізм і зменшити тривогу можна, навчаючи людей завданням, що зачіпають орбітофронтальну кору.

Префронтальні відділи кори головного мозку (дорсолатеральна префронтальна кора, вентромедіальна префронтальна кора, орбітофронтальна префронтальна кора і передня частина поясної звивини кори головного мозку) відповідальні і за виконавчі функції, стимуляція яких надзвичайно важлива при подоланні ПТСР, тому що саме виконавчі функції впливають на когнітивні здібності, необхідні для контролю і саморегуляції поведінки. Тобто, це здатності, які дозволяють нам складати план дій, слідувати йому, контролювати процес, коригувати план і досягати поставлених цілей. Цей комплекс функцій має важливе значення, тому що ми використовуємо його щодня. Термін "Виконавчі функції" запропонував Мюріель Лезак в 1982 році. Дані здібності можна поліпшити завдяки практиці і когнітивним тренуванням [23].

Незважаючи на те, що є різні думки з приводу того, що саме представляють собою виконавчі функції, вчені прийшли до консенсусу про те, які когнітивні здібності їх формують. В їх число входять:

- Когнітивна гнучкість: здатність адаптувати поведінку і мислення до нових, мінливих або несподіваних ситуацій.
- Інгібіція: здатність контролювати імпульсивні або автоматичні реакції і генерувати раціональні реакції на основі уваги і логічного мислення.
- Моніторинг: здатність контролювати модель поведінки, якої ми дотримуємося, і переконуватися, що вона відповідає встановленому плану дій.
- Планування: здатність прогнозувати події і подумки вибирати правильний спосіб виконання завдання або досягнення конкретної мети.
- Робоча пам'ять: здатність тимчасового зберігання і переробки інформації для виконання складних когнітивних завдань.
- Прийняття рішень: здатність робити вибір між різними альтернативами ефективним і обдуманим чином.
- Вирішення проблем: здатність прийти до логічного висновку при наявності проблеми, що потребує вирішення [10].

У 1991 році була висунута ідея про те, що мозочок, особливо задня частка його півкуль і черв'як, забезпечують когнітивні функції. Мозочок відіграє роль в досягненні оптимального зорового сприйняття, бере участь в плануванні, регуляції дій, абстрактному мисленні, оперативній пам'яті, механізмах уваги, когнітивній гнучкості, зорово-просторовій організації та мовних функціях, включаючи інтонаційні аспекти мови.

Мозочок входить в нейроанатомічну систему, що забезпечує когнітивні функції. Права півкуля мозочка, особливо зубчасте ядро, має зв'язки з

моторними, премоторними і скронеvими відділами лівої півкулі мозку, які беруть участь в організації мови, праксису і їх узгодженні. Ліва півкуля мозочка, особливо зубчасте ядро, має зв'язки з правопівкульною моторною, премоторною і тім'яною зонами, що приймають участь візуально-просторовому сприйнятті і моторному навчанні. Обидві півкулі мозочка грають роль в перемиканні уваги, механізмах оперативної пам'яті і при вирішенні проблемних ситуацій. Нижні відділи черв'яка мозочка пов'язані, зокрема, з скронеvими і лімбічними структурами, що має значення для реалізації функцій, пов'язаних з соціальною взаємодією, відповідають за когнітивну гнучкість. При півкульних ураженнях виникає пригнічення мозочкових функцій, а при мозочкових ураженнях пригнічуються функції великих півкуль [14,15].

Таким чином, аналіз даних досліджень дозволяє зробити наступні висновки:

1. Пацієнти, які страждають депресією при ПТСР, характеризуються порушенням адаптивно-переробних систем: знижується можливість емоційної і когнітивної переробки травматичного досвіду. Це пов'язано зі змінами функціональних і навіть морфологічних структур головного мозку, що підтверджується дослідження фМРТ.
2. Використання методів нейропсихологічної корекції, що впливають на орбітофронтальну кору, на міжпівкульну взаємодію, підкоркові структури, праву півкулю, дає можливість сформуванати нові функціональні зв'язки і активує адаптивно-переробні стратегії, значно збільшуючи ефективність терапії депресії при ПТСР.
3. Для активації префронтальних відділів, кори головного мозку необхідно підібрати ті активності, які відповідають за Виконавчі функції.
4. Необхідно підібрати нейропсихологічні стратегії, що активують адаптивний потенціал правої півкулі.

1.2. Полівагальна теорія в комплексній терапії ПТСР у учасників АТО

Для вирішення завдань, окреслених в попередньому розділі, нами були розглянуті можливості інтеграції в практику когнітивної терапії ідей полівагальної теорії.

Полівагальна теорія була створена професором психіатрії Стівеном Порджесом в 2014 році [16]. За цією теорією блукаючий нерв має дві функціонально різні гілки, які викликають еволюційно різні реакції на стрес. Більш примітивна гілка (симпатична система) викликає поведінку на основі завмирання (наприклад, заціпеніння, "вдавай мертвого"), в той час як більш розвинена гілка (парасимпатична система) пов'язана з соціальною взаємодією і самозаспокійливою поведінкою.

Стівен Порджес стверджує що симпатична і парасимпатична нервові системи працюють не за принципом балансу, як це стверджувалося раніше, а знаходяться в ієрархічних відносинах. Це означає, що ми оцінюємо ситуацію як небезпечну або безпечну, завдяки участі роботи блукаючого нерва, що регулює роботу всіх наших внутрішніх органів, в регуляції емоцій і соціальної поведінки, а також в саморегуляції емоційного стану, які проявляються в частоті серцевих скорочень (ЧСС) і рівня кортизолу в крові.

Стівен Порджес пропонує розглядати реакції безпечної соціальної взаємодії, бий/біжи і завмирання у вигляді послідовної ієрархічної градації. Це означає, що не можна вийти зі стану завмирання в безпечну соціальну взаємодію, не відчувши енергію агресії і не пройшовши через стадію бий/біжи. (Додаток А. Сходи вегетативної нервової системи)

1. Безпечна соціальна взаємодія.

Залучені вентральна гілка блукаючого нерва, черепні нерви.

Відчуття спокою, залученості, зв'язку з іншими, стабільності, безпеки.

2. Бий/біжи.

Залучені спінальна симпатична гілка і нерви кінцівок.

Відчуття мобілізованості, пильності, агресії, уникнення, стресу.

3. Завмирання.

Залучені дорзальна гілка блукаючого нерва і нерви системи травлення.

Відчуття оніміння, відчуження, дисоціації, складності концентрації, депресія.

Для роботи з клієнтами ми використали поняття Вегетативні сходи і розробили стимульний матеріал (Додаток А). У всіх учасників проекту опис депресивних станів відповідав нижній сходинці «Дорсальна»). Також в роботі використано таке поняття як «Ко-регуляція» Ко-регуляція відбувається коли ми можемо завершити цикл стресу і «піднятися на верхню сходинку» за допомогою і за підтримки досить безпечної людини. Такою безпечною людиною в процесі когнітивно-поведінкової терапії повинен стати психолог.

Висновки до 1 розділу

1. Важливим для терапії травми, є поєднання двох принципів роботи: від тіла до розуму і від розуму до тіла, що покращує психологічне опрацювання травматичного досвіду і тілесні відчуття.

2. Для депресивної поведінки при ПТСР можуть бути характерні уникнення і негативні зміни когнітивних функцій і настрою.

3. Симптоми провини, стійкі негативні емоційні стани також є маркерами депресії при ПТСР.

4. Специфічні когнітивні порушення при депресії обумовлені змінами обсягу головного мозку, зокрема, такі зміни відзначаються в білій і сірій речовині.

5. Нейрофізіологічні дослідження зареєстрували зміни функціональних зв'язків між мигдалиною і медіально-префронтальною корою; між орбітофронтальною зоною і лімбічною системою.
6. Особливу роль в подоланні унікаючої поведінки і негативних змін когнітивних функцій грає орбітофронтальна кора.
7. Для подолання депресії при ПТСР особливу роль відіграє тренування виконавчих функцій, тому що саме вони дозволяють активізувати процеси самоконтролю та саморегуляції.

Висновок:

З огляду на особливості нейропсихологічного функціонування особистості, яка переживає депресію при ПТСР, в комплексній терапії буде корисним використовувати інтеграцію методів нейропсихологічної корекції і когнітивно-поведінкової терапії: від тіла до розуму і від розуму до тіла.

Таким чином, когнітивний напрямок нашої роботи (підхід зверху вниз - від розуму до тіла) передбачав інтеграцію травматичного досвіду пацієнта в його життя. Найважливішою складовою такої роботи було обговорювання і обдумування спогадів, пов'язаних з травмою, аналіз когнітивних патернів.

Другою, нейропсихологічною складовою нашої роботи було використання принципу знизу вгору (або від тіла до розуму). Це передбачало розвиток усвідомленості відчуттів в тілі, м'язової пам'яті, зняття надмірного напруження, стимуляція вентрального вагуса і навчання пацієнта вентральним станам, мозочкова стимуляція, стимуляція орбітофронтальної кори через аудіально-візуальний тренінг.

Таким чином, поєднання когнітивної психотерапії з нейропсихологічним підходом в роботі з депресією при ПТСР відповідало поставленим завданням і сформованому запиту.

Розділ 2.

Система нейропсихологічної та КПТ допомоги учасникам АТО/ООС з депресією при ПТСР.

2.1. Поведінкова активація як необхідна стартова складова для КПТ терапії депресії.

Поведінкова активація є однією з базових технік когнітивно-поведінкової терапії, що може дати «швидкий» результат та надію клієнту на успіх терапії. Особливістю роботи з учасниками АТО/ООС є те, що, зазвичай, вони пручаються терапії в усіх її проявах. І поведінкова активація не є винятком. Ресурсні стани, що в цивільному житті приносили задоволення, втрачають свою актуальність. Нові сенси не сформовані. Воїн, який повернувся з АТО з пораненням або з психологічною травмою та знаходиться в депресивному стані, повертаючись в «мирне» життя, втрачає взагалі будь які сенси. Повернутися до функціонування на тому рівні, який був до травми не може, тому що змінилася і соціальна ситуація і сам клієнт, а сенси мирного життя знецінені. І дуже часто, замість пошуку нових сенсів життя, клієнт взагалі «відмовляється» від життя. Тому надзавданням психотерапії була не тільки емоційна та соціальна підтримка, а використання пластичності конотативної сфери клієнта, тобто готовності віднайти нові орієнтири. Карл Юнг говорив, що сенс дає можливість пережити майже все.

Від багатьох клієнтів ми чули про «ДНО», на яке вони вже впали. Ми, в свою чергу, намагалися переконати, що від дна можна відштовхнутися, не чіпляючись за старі не актуальні сенси. Класична поведінкова активація через ресурсні «дотравматичні» активності часто видавалася неможливою як раз через те, що ці активності втратили свою ресурсність і сенс.

Додає спротиву й часом негативне ставлення до психологів (часто ототожнюються з психіатрами). З огляду на це перед командою терапевтів стояло завдання, спираючись на нові наукові дослідження, віднайти нові ресурсні активності для клієнтів та знайти шляхи залучення до цих

активностей. І це мало стати базою для подальшого руху шляхом когнітивно-поведінкової терапії, та створення підвалин появи можливості для клієнта у майбутньому віднайдіння нових, власних сенсів та ресурсів. Доволі ефективною стратегією залучення до активації виявилось використання прагнення багатьох поранених повернутися назад на передову. Розпитування про військовий фах, здобуті навички давали хоч якусь тему для діалогу, яку поранені готові були підтримувати. Через цю «шпарину» їй вдавалося підвести до розуміння, що поранення, контузії та пригнічений психологічний стан не сприятимуть у майбутньому повноцінному поверненню на передову. У такому стані військовий може бути слабкою ланкою, що може призвести до непоправних наслідків. І чи не єдиним варіантом відновитися є комплекс спеціальних вправ (науково доведений й випробуваний), що дає надію відновити не тільки фізичну форму, а й «підтягнути» вищі психічні функції, які у сучасному військовому протистоянні важать не менше ніж гарна фізична підготовка. Таким чином вдавалося залучати до нейропсихологічних вправ військових, реалізуючи, таким чином, підходи спрямовані на пропрацювання «знизу вгору», або від тіла до розуму, розвивати усвідомлення відчуття тіла, а також м'язової пам'яті (стрес минає а напруга у м'язах лишається)[8,9].

Загальна схема використання поведінкової активації полягає в тому, що терапевт з клієнтом фокусуються на зміні поведінки для вирішення проблем, які відчуває клієнт. На кожен тиждень створюється перелік видів діяльності, які клієнт вважає корисними. І кожного тижня клієнт ставить цілі: скільки справ він хоче зробити поза сесією за тиждень. На наступній зустрічі обговорюються результати і ставляться нові цілі [2,1]. У цьому сенсі мозочкова стимуляція гарна тим, що має чітку структуру і план на 12 тижнів роботи. І заохотивши до вправ клієнта, далі стає легше, бо, зазвичай, військові тримають слово. Це можна пояснити тим, що, вже після першого сеансу мозочкової стимуляції покращується настрій (такий ефект не є довготривалим, але швидким та помітним) настільки, що клієнт може зафіксувати його візуально на вегетативній драбині. А дедалі, впрацьовуючись, та помічаючи

зміни, клієнти розпочинають вправи охоче та без нагадувань. Таким чином спротив поведінковій активації слабшає та сходиться на нівель.

Разом з пацієнтом на сесії вибудовувався розпорядок дня таким чином, щоб він вмещав наступні нейропсихологічні завдання:

1. Аудіально-візуальний тренінг 10 хвилин щодня
2. Мозочкова корекція включається в щоденні фізичні навантаження 20хв.
3. Заповнення анкети моніторингу активності 5хв.
4. Розташування позначки на вегетативних сходах:
 - вранці (відразу після пробудження);
 - до і після аудіально-візуального тренінгу;
 - до і після мозочкової корекції;
 - увечері.

Всі ці методи також були включені до сесії. У зв'язку з комплексним підходом сесії, що проводилися двічі на тиждень тривали по півтори години. Таки тривалий час роботи викликаний поєднанням двох підходів, їх тісним зв'язком і впливом поведінкової активації за допомогою нейропсихологічних методів на активізацію когнітивних можливостей і, відповідно, активацію можливостей до когнітивної переробки досвіду.

Безпосередньо на сесіях, завдяки нейропсихологічним методам, пацієнти стикалися з труднощами, долали їх за нашої підтримки,

рефлексували перші успіхи і зміни в самопочутті, що впливало на мотивацію, необхідну для виконання домашніх завдань. Так, наприклад, командир розвідгрупи однієї з десантних бригад, після важкої контузії (постконтузійний синдром, хитка хода, емоційні зриви, депресія), падав з дошки Белгау під час занять, дуже емоційно реагував: «... 1000 стрибків з парашутом і без, а на якийсь дощечці втриматися не можу». Однак, поступово долаючи незграбність, виявляв радість, розгальмовувався мовний потік, і він зміг говорити про свій травматичний досвід. Підтримка на початкових етапах поведінкової активації важлива ще й тому, що учасники АТО\ООС, особливо добровольці, дуже часто заперечують проблеми, пов'язані з депресією, а також заперечують можливість психологічної допомоги. Особливо тяжко з молодими бійцями, частіше хлопцями з Правого сектору. Доводилося починати з мотивуючих бесід, заснованих на власному досвіді: для чого їм потрібна психологічна і нейропсихологічна допомога.

Так, наприклад, з 20-річним бійцем Правого сектору, який вже вдруге перебуває на лікуванні через поранення, про необхідність нейропсихологічної корекції довелося говорити з використанням вправ на реакцію. Заперечуючи необхідність допомоги, він весь час твердив про те, що коли повернеться на передову все зміниться, «дурь» вийде з голови, і він буде в строю. Ми запропонували йому просто позмагатися у вправах на швидкість реакції з набагато старшим психологом, в яких він програв, дуже цьому дивуючись. Мотивуючою була ідея про те, що якщо він хоче повернутися в до своїх, виконувати завдання і вижити, то йому необхідно знайти таку врівноваженість і таку швидкість, щоб в бойовій ситуації бути готовим встигнути зреагувати першим. Для нього це було зрозуміло і стало поштовхом для роботи з мозочковою стимуляцією, а потім і до обговорення травматичного досвіду.

Для контролю динаміки була запропонована анкета моніторингу активності, а також робота зі сходінками активності (додаток А). Крім того,

постійним завданням було заповнення щоденника саморегуляції для військових.

2.2 Обґрунтування необхідності включення в поведінкову активацію конкретних нейропсихологічних методів.

Для надання комплексної допомоги учасникам АТО з боку нейропсихологічної парадигми включені нейропсихологічна діагностика і нейропсихологічна корекція. В якості поведінкової активації були включені наступні компоненти нейропсихологічної корекції:

- аудіально-візуальний тренінг;
- мозочкова стимуляція;
- полівагальний тренінг, розроблений на основі полівагальної теорії.

2.2.1. Аудіально- візуальний тренінг.

Орбітофронтальна кора, що формує емоційний інтелект, здатність до емпатії, здатність співвідносити інформацію, що надходить від зовнішнього середовища зі своїм внутрішнім станом, знаходиться в тісній взаємодії з правою півкулею головного мозку, відповідальною за сприйняття загального відчуття від подій, бачення загальної картини (так звані імпресивні і симультанні процеси)[14]. Також права півкуля бере безпосередню участь у формуванні візуальних, просторових і емоційних образів. Фактично, орбітофронтальна зона є контролером над всією правою півкулею. Ймовіріше за все, це саме та зона, де створюється наш емоційний словник і здатність розпізнавати почуття і відчуття, включаючи обробку естетичного досвіду, такого як вміння насолоджуватися смаком їжі, отримувати задоволення від дотику, споглядання краси і таке інше) [11].

Для зміцнення орбітофоронтальних зон кори, які повинні взяти на себе роль «тонкого налаштування» соціально-емоційного інтелекту, використаний щоденний перегляд підготовлених для клієнта слайдів з пейзажами різних художників. Критеріями відбору робіт художників для створення фільмів були наступні:

- загальна естетика: картини повинні бути чуттєвими для сприйняття, викликати бажання тихого споглядання. Естетичне сприйняття передбачає пошук гармонії, краси об'єкта. Сприйняття істинно гарного здатне супроводжуватися почуттям глибокої духовної насолоди, захопленням;
- наявність в полотні перспективи (можливість вдивлятися в далечінь, як метафора можливості майбутнього в цілому);
- відсутність конфліктного змісту, дрібних деталей, яскравого сюжету (для «відключення» домінуючої сукцесивної функції лівої півкулі). Акцент на зображенні природи. На думку Канта, естетичний інтерес до природи піднімає мораль і пом'якшує звичаї. Краса природи - велике благо для людства, що не менш значуще, ніж її матеріальні ресурси;
- використання в якості такого «перемикача» мандали на першому слайді тренінгу. Завдяки унікальній концентричній формі мандала є ідеальною моделлю для медитації, яка допомагає розслабитися і підходить для людей, які раніше не медитували, для тих, хто страждає від стресу, напруги і нездатності концентруватися.

Аудіально-візуальний тренінг проводився двічі на тиждень під час прийому на початку сесії. Пацієнт зручно розташовувався в м'якому кріслі, проводилася невелика релаксація, потім на великий екран (ми використовували стіну) проектувалася мандала. Завдання для клієнта - спокійним розсіяним поглядом споглядати мандалу, намагаючись утримувати погляд на центральній частині. Таким чином, ми пом'якшували навантаження на домінуючу ліву півкулю і, відповідно до закону калозального гальмування, дозволяли правій півкулі вийти з-під домінуючого впливу лівого. Таким чином, на рівні міжпівкульної взаємодії також встановлювалася рівновага.

Протягом 10 хвилин, поступово і плавно змінюючи один одного, перед очима пацієнта, з'являлися пейзажі, зібрані в слайд-фільм з урахуванням принципів, викладених вище. Перегляд супроводжувався класичною музикою. Ми використовували музику бароко, зокрема Антоніо Вівальді. Музика бароко відрізняється спокійним темпом композицій (близько 60 ударів в хвилину) і наявністю високочастотних гармонійних обертонів - додаткових нот, що підкріплюють мелодію і привносять в музику відтінок екстравагантності і емоційної наповненості. Неспішний ритм призводить до заспокоєння, але при цьому не паралізує розумові процеси. Наявність даного ефекту підтвердили і вчені. Наприклад, в 2007 році команда дослідників з Стенфорду, в яку входили співробітники Школи медицини і музичного факультету, провела експеримент, в ході якого перевірялися здібності піддослідних до концентрації, запам'ятовування і складання прогнозів. Дослідники вивчали за допомогою томографа роботу мозку при прослуховуванні музики бароко. З'ясувалося, що пікова активність мозку фіксується в короткі моменти тиші між музичними частинами. Це пов'язано з тим, що музика бароко володіє певною часткою непередбачуваності: ми будуємо прогнози і аналізуємо майбутні мелодійні поєднання в наступному музичному фрагменті. Подібний ефект виникає при прослуховуванні не тільки творів Вівальді, а й Баха, Генделя, Альбіні. Вслухаючись в барочні твори, ми тренуємо мозок, заряджаємо його на активну роботу. Варто відзначити, що такого роду музична терапія повинна не супроводжувати розумову діяльність, а передувати їй. Що і враховувалося при проведенні аудіально-візуального тренінгу на початку сесій.

В кінці кожної сесії пацієнтові видавався запис презентації з картинами і музики для продовження цієї роботи вдома в перервах.

2.2.2. Мозочкова стимуляція.

Регулювання рухової активності здійснюється за участю кількох систем:

1. дорсальною системою сприйняття зорових стимулів - від потиличної частки до лобових моторних зон через потилично-лобні шляхи і вентральні потилично-скронево-лобові шляхи.
2. системою кінестетичного зворотного зв'язку - через сенсорну мозкову кору і шляхи до моторних відділів кори;
3. механізмами регуляції пози, рівноваги і м'язового тону. Ці механізми автоматично регулюються корою, підкірковими ядрами, мозочком і вестибулярною системою з урахуванням зорової і кінестетичної інформації [13,14,6].

Рухи головою і корпусом тіла, пов'язані з роботою аксіальних груп м'язів, а також рухи кінцівок. Так мозочок безперервно коригує і довільні, і автоматичні рухи. Хоча мозочок і пов'язаний з корою головного мозку, його діяльність не контролюється свідомістю. Однобічні вестибулярні або мозочкові розлади можуть приводити до асиметрії ходи, що супроводжується атаксією і тенденцією до падіння в один бік.

Відомо, що утримання вертикальної пози, прямостояння - це вінець еволюції людини в його вдосконаленні пристосувальної діяльності до існування в гравітаційному полі Землі. Управління довільними рухами людини має складну структуру і динамічні способи реалізації. Найвищий концептуальний рівень такого управління - це моторне планування, що представляє собою усвідомлювану структуру руху. В основі його лежить моторна програма, частинами якої є створення плану, контроль і корекція виконання руху з урахуванням аферентної інформації, яка надходить в процесі руху[13]. Моторне планування вимагає збереження когнітивної системи людини для реалізації процесу сприйняття і засвоєння нових сенсомоторних координацій з подальшою інтеграцією в стійку схему. Саме взаємодія систем моторного планування і когнітивних функцій і забезпечує контроль при виконанні людиною довільних рухів.

Виділяють два види рухових функцій: підтримка положення тіла і власне рух. Очевидно, що при аналізі рухового акту розділити їх складно, так

як рух без одночасного утримання певної пози неможливо, як, втім, і утримання пози без руху.

Основні принципи регуляції рухів представлені безперервною сенсорною корекцією по зворотньому зв'язку і прямим управлінням за допомогою центральних моторних програм. Мозочок і базальні ганглії є їх сховищем, а побудова нових моторних програм відбувається в передніх відділах кори великих півкуль головного мозку - премоторній корі. Моторна кора, яка отримує імпульси від інших відділів кори і від мозочка і базальних гангліїв через таламічну зону, є центральною структурою, яка і забезпечує остаточну фазу управління рухом.

Координація - це управління узгодженістю і відповідністю рухів і утримання необхідної пози. Розрізняють статичну рівновагу тіла (при нерухомому положенні) і динамічну (в процесі руху). Утримання рівноваги потребує постійної рушійної сили тіла, яке виникає при взаємодії вестибулярного і зорового аналізаторів, пропріоцепції центральної і периферичної нервової системи.

Вертикалізація, як, втім, і підтримка будь-якої пози, вимагає постійного подолання гравітації, що призводить до певних енерговитрат при роботі м'язів. Очевидно, що найбільше навантаження виникає при підтримці вертикального балансу. Обговорюваний процес супроводжується постійним коливальним рухом, який має оптимальне співвідношення швидкості і амплітуди в різних векторах прикладених зусиль. В умовах нормального функціонування та взаємодії керуючих побудовою руху систем ці співвідношення незмінні, але при будь-яких відхиленнях виникає необхідність в додаткових зусиллях, що спотворює нормальний руховий стереотип, фоном для якого є постійне подолання гравітації. Це призводить до підключення додаткових м'язів і, як наслідок, до додаткових енерговитрат.

Стійкість тіла є інтегральним показником узгодженої взаємодії сенсорних систем і може служити підставою для оцінки функціонального стану центральної нервової системи людини в цілому, а також і пайової участі

окремих аналізаторів. Розвиток статичної рівноваги є основною характеристикою нормального моторного розвитку.

При церебральних дисфункціях без грубої органічної патології, але обмежуваних компенсаторно-приспосувальні можливості поранених до повсякденних психічних і фізичних навантажень, так званих розладах «функціонального» характеру, можуть бути порушення статичної рівноваги. До таких порушень належить і церебрастенічний синдром при депресії [6,8,9,12,13,14].

Мозочкові симптоми, які виявляються при нейропсихологічній діагностиці:

- Невпевнене ходіння з опорою на широко розставлені ноги;
- Атаксія і дизметрія при вказівних пробах;
- гіперметрія під час швидких або гіпометрія під час повільних рухів;
- Гіперрухливість кінцівок;
- Диздіадохокінез при супінації\пронації;
- Гіпотонія з надмірністю рухів;
- Дизартрія, скандована мова з різним ступенем напруги голосу;
- Дизхронометрія - нездатність здійснювати рухи двома руками синхронно, наприклад, гойдати ногами або стукати пальцями;
- Ністагм з неможливістю відведення погляду в сторону і повільним його зміщенням до середньої лінії;
- Слабо позитивна поза Ромберга;
- Утруднені початок, зупинка, плавність рухів і переходи від одного руху до іншого з правильним розподілом у часі;
- Складнощі з почуттям ваги - на ураженій стороні вага буде здаватися меншою;
- Відсутність протируху;
- Кінцівки стають інертними, підкоряючись законам руху маси [3,7].

Використання мозочкової стимуляції в комплексній реабілітації поранених.

Особливо важливим є використання програми мозочкової стимуляції при статодинамічних порушеннях. Такі порушення в процесі адаптації до мирного життя призводять до виражених ускладнень цього процесу: обмеженням повсякденної активності, соціальної дезадаптації і, як наслідок, до проблем працевлаштування.

Підтримка рівноваги тіла значно погіршується при додатковому когнітивному навантаженні. Також дослідники встановили, що при стоянні на одній нозі відбувалася додаткова активація дорсолатеральної ділянки префронтальної кори справа, що, як обговорювалося вище є надзвичайно важливим завданням при терапії депресії.

На сьогоднішній день найвідомішою і найбільш часто вживаною методикою мозочкової стимуляції є програма американського вченого, доктора педагогічних наук, Ф.Більгоу Learning Breakthrough з використанням обладнання Valametrics, яка була розроблена в США більше 30 років тому. Вона стала результатом багаторічних досліджень Френка Більгоу за підтримки вчених НАСА. Крім того, Френк Більгоу сформулював принцип, який проголошував, що будь-яка дія людини впливає на функціонування його мозку. Регулярна і організована діяльність, що здійснюється з метою вдосконалення своїх можливостей, розвиває структури мозку.

Методика мозочкової стимуляції Learning Breakthrough із застосуванням спеціального комплексу обладнання Valametrics є серією вправ і включає наступні етапи корекційно-розвиваючої роботи:

- Вправи з використанням тільки балансувальної дошки, яка є ключовим елементом методики;
- Вправи з залученням сенсорних різновагових мішечків,
- Серія вправ, що виконується за допомогою м'яча-маятника на мотузці (який підвішується спеціальним чином до стелі),
- Вправи з використанням палиці з різнокольоровими поділами-секторами,

- Вправи, що виконуються з використанням дошки з цифрами на ніжках різної висоти і м'ячиками-стрибунцями,
- Серія вправ, де задіяна стійка з цілями, м'яч-маятник і палиця з кольоровими поділами (в деяких випадках),
- Гумовими м'ячиками.

2.2.3. Полівагальний тренінг.

Будучи третьою складовою нейропсихологічної програми полівагальний тренінг пов'язував всі елементи програми, ставши в нашій роботі основним інструментом моніторингу та оцінки стану.

Почався тренінг з психологічної едукації. Спочатку ми передали пацієнтам основні положення полівагальної теорії, описали три стани автономної нервової системи: дорсальний, симпатичний і вентральний. Ми обговорили метафору «вегетативні сходинки»[16]. Після обговорення теорії перейшли до прикладів з життя пацієнта, розрізняючи та розташовуючи наведені ним приклади на сходах (Додаток А).

Другим етапом тренінгу була робота з узагальнення. Ми групували стани, визначаючи, які тригери в житті пацієнта переміщують його в дорсальний стан, які - в симпатичний. Найважливішим у цій роботі було усвідомлення того, які проблиски, спогади, образи дозволяють пацієнтам переводити СЕБЕ в вентральний стан на вершину сходинок. Усвідомлення того, що на дорсальний рівень ми потрапляємо під впливом зовнішніх факторів, а в вентральні стани ми можемо вивести себе САМОСТІЙНО, було важливим для пацієнтів, тому що йшлося про саморегуляцію і відповідальність за власний стан. Також важливим в цій роботі був поділ сходинок на дві частини - одна - Я САМ МОЖУ, друга - Я МОЖУ РАЗОМ З КИМОСЬ.

Третьою частиною роботи було створення ресурсного образу, який допомагає перейти в вентральний стан. Клієнт повинен був знайти спогад, який ми разом, обговоривши, могли б прийняти в роботу в якості ресурсного. Слід сказати, що ми проводили ретельний відбір потрібного спогаду. Критерії відбору були такі:

- 1) спогад мав бути з мирного життя тому, що всі учасники переживали ПТСР і ми часто спостерігали розрив в часовому плані: знецінювалося багато з того, що було до війни, а також незрозумілим і непередбачуваним здавалося майбутнє. Тому важливо було відновити принципову єдність минулого, теперішнього і майбутнього, що також є локусом контролю правої півкулі;
- 2) уявлення про СЕБЕ мало бути позитивним (тому що в травмі нас утримує негативне самопредставлення);
- 3) ресурсний образ може дати нам те, чого не вистачає в процесі подолання депресивних станів.

Слід сказати, що ця частина роботи була найбільш складною і кропіткою. Також ми звернули увагу на те, що образи в процесі роботи змінювалися. Наче виконавши якусь функцію, вони відступали, і пацієнт заявляв, що зараз йому треба вже інше. Так, один з учасників згадав і вибрав в якості ресурсного образу наступний епізод з життя. Молодятами вони з дружиною поїхали відпочивати до Туреччини. Він, не маючи багато фінансових можливостей, як то кажуть, витягнувся в струнку і зняв номер у п'ятизірковому готелі. ДУЖЕ шикарний. Дружина була в захваті і ... відразу якось заснула від хвилювань і тривоги. А він дивився на неї - маленьку, що згорнулася калачиком на великому шикарному ліжку, укривав її ковдрою і відчував себе крутим переможцем. Ось це відчуття себе «крутим переможцем, всемогутнім» він взяв в якості «підйомного крана» на вершину вегетативних сходинок. Незважаючи на те, що у нас були сумніви в цьому ресурсі (тому що ключовим моментом вентральних станів є відчуття безпеки) ми прийняли цей

образ як робочий. Клієнт отримав завдання використовувати його для переміщення себе на вершину сходинок. Через тиждень він заявив, що образ вже так не працює. І ми стали шукати новий. Однак, саме завдяки цьому образу він зміг зрозуміти, як це підніматися на вершину сходинок: розповів, що ввечері, коли не міг заснути і готувався до «зустрічі з кошмарами», згадав і навіть уявив цей образ, так як ми його уявляли в кабінеті і свої відчуття переможця і нарешті відчув себе на вершині сходинок. Ми попросили його описати словами свої переживання в цей момент: «переможець, людина, яка отримала великий і довгоочікуваний приз. Я багато чого можу, я гідний цієї жінки, я все тримаю в своїх руках». На наше запитання, відчував він себе в безпеці, він відповів, що так, хоча ... «питання контролю залишалися». Однією з помилок, що траплялись в цей період у клієнта, було відчуття, що він може завжди перебувати на вершині сходинок. Домашнім завданням, яке отримав клієнт було протягом дня відслідковувати свої стани і використовувати ресурсні образи, що дозволяють потрапляти на вершину сходинок. Хоча для багатьох наших пацієнтів, які переживають депресію (дорсальний рівень) підйом по сходах на рівень симпатичної регуляції залишався найбільш важливим і актуальним. Абсолютно всі учасники розміщували себе на симпатичному рівні після мозочкової стимуляції. І цей стан викликав підйом настрою, бажання рухатися, досягати поставлених цілей, зокрема, і в терапії. Після аудіально-візуального тренінгу учасники розміщували себе завжди на вентральному рівні. Таким чином, використання елементів полівагальної теорії в якості тренінгу показала свою ефективність в мотиваційній сфері (підвищувався рівень мотивації до терапії), у сфері саморегуляції) розуміння того, як я САМ можу вивести себе з дорсального стану або, як я можу звернутися за допомогою і до кого).

Висновки до 2 розділу

1. Використання методу мозочкової стимуляції як поведінкової активації сприяє поліпшенню процесів когнітивної обробки інформації і покращує роботу адаптивно-переробних систем головного мозку.
2. Мозочкова стимуляція дозволяє активувати симпатичну нервову систему, що надзвичайно важливо при церебрастенії при депресії.
3. Аудіально-візуальний тренінг сприяє активізації орбітофронтальної зони кори головного мозку, що, в свою чергу благотворно впливає на виконавчі функції, когнітивні можливості і психо-емоційну переробку травматичного досвіду.
4. Полівагальний тренінг, розроблений на основі полівагальної теорії дозволяє здійснювати моніторинг власного стану, прийняти на себе відповідальність за свій стан, освоїти навик саморегуляції.
5. Використання методів нейропсихологічної корекції як поведінкової активації підготувало сприятливий ґрунт для психотерапевтичної роботи за допомогою когнітивно-поведінкової терапії.
6. Розширення методів поведінкової активації за допомогою нейропсихологічного підходу вимагає збільшення часу сесії до 1.5 годин, організації роботи 2 рази на тиждень, а також щоденного виконання домашніх завдань.
7. Важливою складовою контролю стану пацієнтів в цій роботі стала робота над нейроцепцією безпеки, основним компонентом якої має стати психолог.

Розділ 3.

Обговорення результатів роботи.

Опис клінічного випадку.

Для оцінки ефективності використання методів нейропсихологічної корекції як поведінкової активації використовувалася госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS). Психологічне тестування здійснювалося до початку роботи, на етапі діагностичних зустрічей і після проведеного курсу. При інтерпретації результатів враховувався сумарний показник за кожною шкалою, при цьому виділяли 3 області його значень:

0-7 балів - «норма» (відсутність достовірно виражених симптомів тривоги і депресії);

8-10 балів - «субклінічно виражена тривога/депресія»;

11 балів і більше - «клінічно виражені тривога і депресія».

Для порівняльного аналізу використовували параметричний t-критерій Стьюдента. Кількісний аналіз даних методики госпітальної шкали тривоги і депресії до і після роботи показав зниження тривоги у пацієнтів. Після проведеного курсу простежувалася явна динаміка поліпшення самопочуття, зменшення загальної напруги, зниження депресивної симптоматики.

Пацієнти демонстрували більш активну життєву позицію. Якісний аналіз результатів тестування показав, що депресивна симптоматика різного ступеня вираженості в початковий період була відзначена у всіх 10 пацієнтів. Після проведення курсу з використанням поведінкової активації з використанням мозочкової стимуляції, аудіально-візуального тренінгу і полівагального тренінгу достовірно знизився рівень депресії у всіх учасників терапії.

Досвід нашої роботи переконливо свідчить про ефективність використання в якості поведінкової активації методів нейропсихологічної корекції в роботі з депресивними пацієнтами, котрі пережили ПТСР, поранення і постконтузійний синдром.

Приклад випадку з вибірки.

Сергій, 47 років, учасник бойових дій, звільнений з армії через поранення. Переніс три операції, місяць перебував в стані коми. Була втрата мовних навичок. Після закінчення фізичної реабілітації залишилися проблеми, пов'язані з ходою (мозочкова хода), сплутаність мови. Через це йому кілька разів відмовили в роботі. Не приймає свою інвалідність і в той же час не може влаштуватися на роботу, тому що, будучи кадровим військовим, не освоїв «мирну спеціальність». Депресивний стан триває три місяці, на терапію привела дружина. З усієї мотивацій присутній тільки одна - заспокоїти дружину. Сергій переживає безсоння: важко засинає, прокидається о 3 годині ночі, пов'язує це з тим, що в цей час доби починалися обстріли.

Після виходу з лікарні настрої був іншим. Він відчував себе героєм (цьому чимало сприяла атмосфера в шпиталі - вдячні волонтери, багато відвідувачів, концерти, інтерв'ю). Усвідомлення проблем прийшло після першої відмови в прийнятті на роботу. Це було несподівано і, зі слів Сергія, як обухом по голові. Відчував себе як в іншій реальності. Однак при підтримці дружини зміг зібратися і подавати резюме далі. Після численних відмов перестав розсилати резюме, більше не ходив на співбесіди. Читати не міг (важко було зосередитись), спілкуватися з друзями не хотів, тому що почав усвідомлювати проблеми мови.

З усіх почуттів в цей період пам'ятає тільки сором і провину перед дружиною. Дуже скоро він почав відчувати безсилля, перестав виходити з дому. Симптоми депресії поглиблювалися - Сергій все частіше замислювався над тим, навіщо він вижив, не міг знайти ніяких нових сенсів. На зміну почуттям, за його словами прийшла повна їх відсутність. Він навіть перестав сердитися на державу, яка, як він вважав на початку, несправедливо з ним обійшлася. Думки про самогубство стали відвідувати його щоночі під час безсоння. Дружина, яка не залишала його ні на хвилину, вмовила піти до психолога.

Першим полегшенням було те, що психолог - чоловік, в минулому військовий, учасник АТО, після поранення. Це було серйозною обставиною,

що дозволила швидко створити робочий альянс. Принцип «Ми з тобою однієї крові» в цій ситуації був надзвичайно важливий та допоміжний. Сергій розповів, що в госпіталі до нього приходило багато молодих дівчат-психологів, але контакту не було, тому що виходило говорити тільки поверхнево, їх підтримка в той період була дуже приємна, але в депресивний період він був не готовий до спілкування, тому що з ролі сильного героя вийшов. Чоловікові довіритися було легше, а загальне військове минуле (перша хвиля) створювало дуже довірливий фон.

Важливим завданням на першому етапі роботи було створення мотивації, тому що на перших сесіях вона була переважно зовнішня - бажання догодити дружині. Для роботи з негативними автоматичними думками або з поведінковою активацією ресурсу у Сергія не було. В цілому, він досить часто посилався на те, що сил немає (вочевидь було, що, перш за все, моральних). Однак, вільний і довірливий формат спілкування дозволив розпочати етап залучення у терапію та едукацію. Ми запропонували метафору вегетативних сходинок. Відразу на занятті він розташував себе в самому низу драбини, сказав, що сил піднятися навіть на другу сходинку у нього немає.

Ми поговорили про те, який у нього був досвід «розбудити себе» до поранення. Він розповів про заняття спортом (легкою атлетикою), але в даний момент він настільки нестійкий, що не може навіть самостійно прийти на заняття.

Нами було запропоновано пройти тест на стабілометрі та нейропсихологічну діагностику. Перші проблиски інтересу ми побачили під час обговорення результатів діагностики і стратегії корекційної роботи. Однак мотивація залишалася зовнішньою. Сергій, побачивши, як надихнулася дружина погодився спробувати.

Наступним етапом був нейропсихологічний курс, який складався з наступних етапів:

1. Аудіально-візуальний тренінг для Сергія і його дружини - 10 хвилин / робота з вегетативними сходами;

2. Спільна бесіда про актуальні проблеми, завдання, очікуваннях / робота з вегетативною сходами - 10 хвилин.

Після перших двох етапів дружина залишала нас в кабінеті (у неї були свої зустрічі з іншим психологом).

3. Мозочкова стимуляція - 20 хвилин / робота з вегетативними сходами;

Перші три етапи фактично створювали умови для терапії, яка в подальшому тривала до кінця зустрічі (вся зустріч тривала 1,5 години). На перших чотирьох сесіях Сергій говорив небагато, в основному намагався відтворити подробиці свого поранення, тому що нічого не встиг усвідомити і все що сталося можна було скласти в логічний ланцюжок тільки з розповідей інших людей. Мова в цей період була дуже плутаною, погано скоординованою, він часто не договарював речення до кінця і плутався в узгодженні слів в часі, роду та відмінках.

Для Сергія в цей період необхідно було подолати саможаління і сором. Найлегше він справлявся з «жалісними» станами, як він сам це називав, через симпатичну активацію. Протиставлення при роботі з вегетативною сходами депресивних (дорсальних) станів і активних (симпатичних станів) було дуже візуально зрозумілим. Прийшло усвідомлення того, що при потраплянні в стан «замри» необхідно було «виймати себе» як барон Мюнхаузен виймав себе з болота за чуба. Для того, щоб після активації не звалюватися назад був розроблений план виходу в вентральний парасимпатичний стан через ресурсні образи, через аудіально-візуальних тренінг і через нове хобі - Сергій почав вирізати по дереву.

Наводимо результати нейропсихологічного обстеження Сергія.

Висновок за результатами нейропсихологічного обстеження.

Пацієнт Сергій, 47 років

Стан після поранення, коми, постконтузійний синдром.

До поранення мав звання підполковника. В армії з 18 років.

З пацієнтом був встановлений хороший емоційний контакт. До ситуації обстеження ставиться позитивно, співпрацює, проявляє зацікавленість.

Ступінь орієнтування пацієнта у власному стані адекватна, критичність підвищена. У місці і часу орієнтується. Своє ім'я, вік, ім'я матері пам'ятає. В цілому спостерігається інактивність в мовній сфері.

При попередньому нейропсихологічному обстеженні виявлена наступна картина стану психіки Сергія.

Довільні рухи і дії.

У пробі на кінестетичний праксис (праксис пози пальців - запропонований полегшений варіант з зоровим контролем) - тривалий пошук потрібного положення пальців, з самокорекцією пробу виконує. У виконанні проби спостерігалися сінкінезії- підключення другої руки, що може свідчити про дисфункції підкіркових утворень мозку.

При дослідженні кінетичного праксису використовувалася проба «кулак-ребро-долоня» і графічна проба «парканчик» (копіювання візерунка з двох мінливих ланок). У пробі виявилось спрощення координатних характеристик програми.

У пробі Озерецького (проба на реципрокну координацію) спостерігається зниження тонусу (шкребе), що свідчить про зацікавленість підкоркових структур. Міжпівкульна взаємодія, функції мозолистого тіла в руховій сфері по даній пробі збережені.

Графічна проба «парканчик» - інертність, труднощі перемикавання з одного елемента на інший, персеверації. Однак є зона найближчого розвитку. За допомогою психолога виконує пробу правильно і, в міру зменшення допомоги, впрацьовується.

Проба з символічними діями доступна.

Регуляторний праксис не перевірявся в силу стомлюваності хворого.

Можна сказати, що у пацієнта є грубі порушення кінестетичного і кінетичного праксису, що підтверджує ослабленість підкоркових структур мозку, які недостатньо беруть участь в активаційному забезпеченні рухів.

Перевірка акустичного немовного сприйняття проведена частково. Добре відтворює за психологом голоси тварин, повторює легше, ніж назви. Діагностика сприйняття ритмів без особливостей.

Зорове сприйняття без порушень, страждає номінативна функція мови, є труднощі підбору слів.

Мова.

Предикативна сторона мови не порушена, що може свідчити про хороший стан рецептивної мови. Повторна мова на рівні окремих слів і серій складів без проблем. Страждає артикуляція, намагається говорити квапливо, не контролює те, що говорить, намагається заповнити словами «так», «не пам'ятаю» (скронева частка лівої півкулі).

Імпресивна мова.

Прості інструкції розуміє. Квазіпросторові також.

Експресивна мова - відновлення після акустико-мнестичної афазії.

При дослідженні пам'яті використовувалася проста проба з трьох слів. Безпосереднє запам'ятовування: присутнє загальне гальмування слідів пам'яті при гомогенній і гетерогенній інтерференції стимулу.

Здатний копіювати геометричні фігури (коло, квадрат).

Присутній охоронне гальмування, інертний, важко перемикається на наступні дії, для переходу потрібен час.

Висновки.

Проведена протягом року робота та рефлексія отриманого досвіду дозволили зробити наступні висновки:

1. Пацієнти, які страждають депресією при ПТСР, характеризуються порушенням адаптивно-переробних систем: зниженою можливістю емоційної і когнітивної переробки травматичного досвіду. Симптоми провини, стійкі негативні емоційні стани також є маркерами депресії при ПТСР. Це пов'язано зі змінами функціональних і навіть морфологічних структур головного мозку, що підтверджується дослідження фМРТ.

Нейрофізіологічні дослідження зареєстрували зміни функціональних зв'язків між мигдалиною і медіально-префронтальною корою; між орбітофронтальною зоною і лімбічною системою.

2. Використання методів нейропсихологічної корекції, що впливають на орбітофронтальну кору, на міжпівкульну взаємодію, підкоркові структури, праву півкулю, дає можливість сформувати нові функціональні зв'язки і активує адаптивно-переробні стратегії, значно збільшують ефективність терапії депресії при ПТСР.

3. Важливим для терапії депресії, є поєднання двох принципів роботи: від тіла до розуму і від розуму до тіла, що покращує психологічне опрацювання травматичного досвіду і тілесні відчуття.

4. Для подолання депресії при ПТСР особливу роль відіграє тренування виконавчих функцій, тому що саме вони дозволяють активізувати процеси самоконтролю та саморегуляції.

5. З огляду на особливості нейропсихологічного функціонування особистості, яка переживає депресію при ПТСР, в комплексній терапії було корисним використання інтеграції методів нейропсихологічної корекції і когнітивно-поведінкової терапії: від тіла до розуму і від розуму до тіла.

6. Таким чином, когнітивний напрямок нашої роботи (підхід зверху вниз - від розуму до тіла) передбачав інтеграцію травматичного досвіду пацієнта в його життя. Найважливішою складовою такої роботи було обговорювання і обдумування спогадів, пов'язаних з травмою, аналіз когнітивних патернів.

Другою, нейропсихологічною складовою нашої роботи було використання принципу знизу вгору (або від тіла до розуму). Це передбачало розвиток усвідомленості відчуттів в тілі, м'язової пам'яті, зняття надмірного напруження, стимуляція вентрального вагуса і навчання пацієнта вентральним станам, мозочкова стимуляція, стимуляція орбітофронтальної кори через аудіально-візуальний тренінг.

Таким чином, поєднання когнітивної психотерапії з нейропсихологічним підходом в роботі з депресією при ПТСР відповідало поставленим завданням і сформованому запиту.

7. Використання методу мозочкової стимуляції, як поведінкової активації, сприяло поліпшенню процесів когнітивної обробки інформації і покращувало роботу адаптивно-переробних систем головного мозку. Мозочкова стимуляція дозволила активувати симпатичну нервову систему, що надзвичайно важливо при церебрастенії при депресії.

8. Аудіально-візуальний тренінг сприяв активізації орбітофронтальної зони кори головного мозку, що, в свою чергу благотворно вплинуло на виконавчі функції, когнітивні можливості і психоемоційну переробку травматичного досвіду.

9. Полівагальний тренінг, розроблений на основі полівагальної теорії дозволив здійснювати моніторинг власного стану, прийняти на себе відповідальність за свій стан, освоїти навички саморегуляції.

10. Використання методів нейропсихологічної корекції в якості поведінкової активації підготувала сприятливий ґрунт для психотерапевтичної роботи за допомогою когнітивно-поведінкової терапії.

Розширення методів поведінкової активації за допомогою нейропсихологічного підходу вимагає збільшення часу сесії до 1.5 годин, організації роботи 2 рази на тиждень, а також щоденного виконання домашніх завдань.

Важливою складовою контролю стану пацієнтів в цій роботі стала робота над нейроцепцією безпеки, основним компонентом якої має стати психолог.

Розроблена програма корекції використовується в роботі центру психологічної допомоги «Рівновага», а також в центрі реабілітації учасників АТО/ООС клініки професійних захворювань інституту медицини праці, а також в кризовому центрі медико-психологічної допомоги інституту психології ім. Г.С.Костюка АН України.

Вегетативная лестница



Нейроцепция безопасности

- Социальная активность.
- Вовлеченность.
- Взаимодействие



Нейроцепция опасности

- Мобилизация.
- Активные действия, принятие мер.
- Реакция «сражайся или беги»



Нейроцепция угрозы жизни

- Иммобилизация.
- Отключение.
- Коллапс

Література

1. Бек А., Бек, Д. С. Когнитивная терапия: полное руководство. Cognitive Therapy: Basics and Beyond. — М.: «Вильямс», 2006.
2. Бек, А., Раш, Д., Шо, Б., Эмери, Г. Когнитивная терапия депрессии : научное издание. — СПб.: Питер, 2003.
3. Вассерман Л.И., Дорофеева С.А., Меерсон Я.А. Методы нейропсихологической диагностики. - СПб., 1997.
4. Визель Т.Г. Основы нейропсихологии. - М., АСТ, Транзиткнига., 2006.
5. УДК: 616-082-071:355.292.3 Высочина И.Л.1, Мороз С.М.2, Василевская И.В.1, Росицкая А.А.1, Черниловский А.В.1, Хаитов Р.П.2, Яворская И.П.2 «ОСОБЕННОСТИ МЕДИЦИНСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ УЧАСТНИКОВ АТО НА ПЕРВИЧНОМ УРОВНЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ» <https://repo.dma.dp.ua/1294/1>
6. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. - М., 1973, 2002.
7. Нейропсихологическая диагностика. (Под ред. Е.Д.Хомской). - М., 1994, 200
8. Цветкова Л.С. Нейропсихологическая реабилитация больных. - М., 1985, 2004.
9. Цветкова Л.С. Восстановление высших психических функций (после поражений головного мозга): Учебник для студентов высших учебных заведений.- М.:Академический Проект, 2004.- 384 с.
10. Голдберг Э. Управляющий мозг. Лобные доли, лидерство и цивилизация. - М., 2003.
11. Сидорова О.А. Нейропсихология эмоций. - М., 2001.
12. Белова, А. Н. Нейрореабилитация / А. Н. Белова, С. В. Прокопенко. -3-е изд., перераб. и доп. - М. : Т. М. Андреева, 2010. - 1287 с. -ISBN 978-5-94982-048-3.
13. Бернштейн, Н. А. О построении движений / Н. А. Бернштейн. - М. : Медгиз, 1947. - 255 с.

14. Николаенко Н.Н. Современная нейропсихология / Н.Н.Николаенко.- СПб.: Речь, 2013.- 267с.
15. Белова, А. Н. Нейрореабилитация / А. Н. Белова, С. В. Прокопенко. -3-е изд., перераб. и доп. - М. : Т. М. Андреева, 2010. - 1287 с. -ISBN 978-5-94982-048-3.
16. Поджерс С. Поливагальная теория / С.Поджерс.- К.: Мультиметод, 2020.- 464с.
17. Полунина А.Г., Гудкова А.А., Гехт А.Б. Депрессия как особый режим функционирования мозга: данные нейровизуализационных исследований.// Журнал неврологии и психиатрии №1, 2013
18. Kerestes R, Ladouceur CD, Meda S, Nathan PJ, Blumberg HP, Maloney K, Phillips ML. Abnormal prefrontal activity subserving attentional control of emotion in remitted depressed patients during a working memory task with emotional distracters. Psychological medicine. 2012;42:29–40. [PubMed] [Google Scholar]
19. Cook IA, Schrader LM, Degiorgio CM, Miller PR, Maremont ER, Leuchter AF. Trigeminal nerve stimulation in major depressive disorder: acute outcomes in an open pilot study. Epilepsy & behavior: E&B. 2013;28:221–226. [PubMed] [Google Scholar].

Електронні ресурси:

20. УДК: [159.98+615.851]:159.942.5–053.6(043.3) Лазос Г.П. Лазос Гелена Петрівна, кандидат психологічних наук, старший науковий співробітник лабораторії консультативної психології та психотерапії, Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, м. Київ, Україна. Язык статьи: украинский. Посттравматический рост: теоретические модели, новые перспективы для практики.
<http://www.apppsychology.org.ua/index.php/ru/arkhiv-vydannia-2/tom-1/vipusk-45-r-m-2016>
21. Что такое «93%» и что нужно знать о ПТСР: дискуссия с участием психологов, ветеранов и представителей власти. Оригінал статті - на сайті Українського кризового медіа-центру: <https://uacrisis.org/ru/60733-ptsd> .

Посттравматическое стрессовое расстройство: обзор современных доказательных данных и проблем Richard A. Bryant School of Psychology, University of New South Wales, Sydney, NSW, Australia Перевод: Сулова Ж. В. (Москва) Редактура: к.м.н. Федотов И.А. (Рязань) Bryant RA. Post-traumatic stress disorder: a state-of-the-art review of evidence and challenges. *World Psychiatry* 2019;18(3):259–269
<https://psychiatr.ru/tags/DSM-5>.

22. DSM-5: Классификация и изменения критериев Darrel A. Regier¹, Emily A. Kuhl¹, David J. Kupfer² ¹ American Psychiatric Association, Division of Research, Arlington, VA, USA; ² Department of Psychiatry, University of Pittsburgh Medical Center, Pittsburgh, PA, USA.

https://psychiatr.ru/files/magazines/2013_06_wpa_648.pdf

23. Regional gray matter density is associated with achievement motivation: evidence from voxel-based morphometry Hikaru Takeuchi • Yasuyuki Taki • Rui Nouchi • Atsushi Sekiguchi • Yuka Kotozaki • Carlos Makoto Miyauchi • Ryoichi Yokoyama • Kunio Iizuka • Hiroshi Has.

<https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00429-012-0485-3.pdf>