Check for updates

Интеграция рационально-эмоционально-поведенческой терапии и терапии, сфокусированной на сострадании, с когнитивной реабилитацией при травматическом повреждении головного мозга: клинический случай

Integrating rational emotive behavior therapy, compassion-focused therapy with cognitive retraining in traumatic brain injury: a case report

doi: 10.17816/CP15546
Клинический случай

Shweta Nitin Mahajan, Anuja Jain, Shreshta Chattopadhyay, Shamli Themse
Rashtriya Raksha University (Under Ministry of Home affairs), Gandhinagar, Gujarat, India

Швета Нитин Махаджан, Ануджа Джайн, Шрешта Чаттопадхьяй, Шамли Тэмс
Университет Раштрия Ракша, Гандинагар, Гуджарат, Индия

ABSTRACT

BACKGROUND: This case report presents a novel approach to treating Traumatic Brain Injury (TBI) by integrating Rational Emotive Behavior Therapy (REBT), Compassion-Focused Therapy (CFT), and Cognitive Retraining (CR). It contributes to the literature by demonstrating the effectiveness of a comprehensive psychotherapeutic approach in managing complex TBI sequelae, particularly in the Indian context where such interventions are underrepresented.

CASE REPORT: A 34-year-old Indian female presented signs of emotional dysfunction, cognitive impairment, social maladaptation, shamefulness, and self-deprecation following a TBI sustained 10 years prior. A mental status examination and psychological assessments revealed cognitive deficits, emotional instability, and irrational beliefs, all related to her injury and recovery. The treatment plan integrated REBT, to address the irrational beliefs; CFT, to manage the sense of shame and the insistence to self-criticize; and CR, to improve cognitive functions. This approach was tailored to the patient's cognitive limitations and cultural context. Interventions included challenging irrational beliefs, self-compassion imagery, and cognitive exercises adapted to her specific deficits. Outcomes were measured using the Subjective Units of Distress (SUD) scale and clinical observations. The patient showed improvements in emotional regulation, cognitive functioning, and overall quality of life, as evidenced by reduced subjective distress (SUD down from 90 to 58) and enhanced daily functioning.

CONCLUSION: This case demonstrates that an integrated psychotherapeutic approach combining REBT, CFT, and CR can effectively address the complex psychological and cognitive challenges of TBI patients. Tailoring interventions towards patient cognitive limitations and cultural context is crucial for a successful outcome. The case highlights the importance of incorporating diverse therapeutic modalities in TBI management, promoting a more holistic approach to recovery and enhancing the quality of life of TBI survivors.

 CC BY-NC-ND 4.0 license © Authors, 2024

АННОТАЦИЯ

ВВЕДЕНИЕ: В данном клиническом случае представлен новый подход к лечению черепно-мозговой травмы (ЧМТ) путем интеграции рационально-эмоционально-поведенческой терапии (rational emotive behavior therapy, REBT), терапии, ориентированной на сострадание (compassion-focused therapy, CFT), и когнитивной реабилитации (cognitive retraining, CR). Работа вносит вклад в имеющуюся литературу, демонстрируя эффективность комплексного подхода к терапии тяжелых последствий ЧМТ, особенно в Индии, где подобные вмешательства представлены недостаточно.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: 34-летняя женщина из Индии (пациентка VR) обратилась с жалобами на нарушения эмоциональной регуляции, когнитивные расстройства, социальные трудности, чувство стыда и самообвинение, возникшие после ЧМТ, перенесенной 10 лет назад. Психиатрическая оценка выявила наличие нарушений когнитивных функций и эмоциональной сферы, а также иррациональных убеждений относительно ее травмы и восстановления. План лечения включал сочетание REBT для коррекции иррациональных убеждений, CFT для облегчения чувства стыда и самообвинения и CR для улучшения когнитивных функций. Данный подход был адаптирован с учетом когнитивных ограничений пациентки и культурного контекста. Вмешательства включали оспаривание иррациональных убеждений, визуализацию образов для развития самосострадания и выполнение упражнений, направленных на восстановление когнитивных функций. Результаты оценивались с помощью шкалы субъективных единиц дистресса (SUD) и показателей клинических наблюдений. У пациентки отмечались улучшения в эмоциональной сфере, когнитивных функциях и общем качестве жизни, о чем свидетельствовали уменьшение субъективного дистресса (оценка по SUD снизилась с 90 до 58 баллов) и улучшение повседневного функционирования.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Данный клинический случай демонстрирует, что интегрированный психотерапевтический подход, состоящий из REBT, CFT и CR, может эффективно решать сложные психологические и когнитивные задачи у пациентов с ЧМТ. Адаптация вмешательств с учетом когнитивных ограничений и культурного контекста пациента является важным фактором успешного лечения. Случай подчеркивает важность включения различных терапевтических методов для целостного подхода к восстановлению и улучшению качества жизни пациентов, перенесших ЧМТ.

Keywords: *psychotherapy; traumatic brain injury; cognitive rehabilitation; case report*
Ключевые слова: *психотерапия; черепно-мозговая травма; когнитивная реабилитация; клинический случай*

ВВЕДЕНИЕ

Черепно-мозговая травма (ЧМТ) является значимой глобальной проблемой здравоохранения с долгосрочными последствиями для самих пациентов, их семей и общества во всем мире [1]. Часто называемое тихой эпидемией, ЧМТ значительно способствует глобальному росту инвалидности и смертности [2]. По последним оценкам, более 69 млн человек страдают ЧМТ ежегодно, причем наибольшее бремя болезни приходится на страны Юго-Восточной Азии и Западной части Тихоокеанского региона [3].

В развивающихся странах, таких как Индия, бремя ЧМТ вызывает особое беспокойство на фоне роста уровня индустриализации, моторизации и изменения социальных норм [4]. Влияние этого бремени на пациентов и общество весьма значительно, однако число исследований в области профилактики возникновений ЧМТ, лечения и реабилитации пациентов с ЧМТ в данном контексте явно недостаточно [4]. ЧМТ может проявляться в виде различных проблем, включая когнитивный дефицит, нарушения эмоциональной регуляции, трудности функционирования и сенсорные расстройства[1].

Особое внимание в лечении ЧМТ традиционно уделяется когнитивной реабилитации, в то время как психотерапевтические подходы получили меньшее

[1] Информация доступна по ссылке: https://msktc.org/tbi/factsheets/understanding-tbi-part-2-brain-injury-impact-individuals-functioning

признание. В недавних исследованиях были изучены различные психотерапевтические методы [5, 6]. В дополнение к этой информации мы представляем описание клинического случая, в котором показана интеграция когнитивной реабилитации (cognitive retraining, CR) с терапией, ориентированной на сострадание (compassion-focused therapy, CFT), и рационально-эмоционально-поведенческой терапией (rational emo–tive behavior therapy, REBT) в качестве комплексного психотерапевтического лечения ЧМТ [7]. Данный клинический случай отражает различные трудности, с которыми сталкиваются пациенты, перенесшие ЧМТ, во всем мире, а также реализует интегрированный подход при лечении таких пациентов.

Наша цель — исследовать синергетические эффекты от сочетания нескольких методов терапии с доказанной эффективностью для улучшения результатов лечения пациентов с ЧМТ.

Наша задача заключалась в исследовании эффективности интегрированного психотерапевтического подхода, сочетающего REBT, CFT и CR, к лечению сложных психологических и когнитивных последствий ЧМТ. В частности, мы стремились:

- восполнить недостаток информации в области комплексного психотерапевтического лечения ЧМТ, особенно в условиях Индии [8–10];
- продемонстрировать потенциальные преимущества целостного пациент-ориентированного подхода, который учитывает когнитивные ограничения, культурные факторы и индивидуальные потребности;
- исследовать синергетические эффекты от сочетания нескольких терапевтических методов с доказанной эффективностью (REBT, CFT и CR) для улучшения эмоциональной регуляции, когнитивного функционирования и общего качества жизни пациентов с ЧМТ;
- внести вклад в доказательную базу, поддерживающую интегративные подходы в нейрореабилитации, и показать важность психологических вмешательств наряду с когнитивной реабилитацией;
- подчеркнуть необходимость индивидуально адаптированных, гибких вмешательств, которые одновременно затрагивают когнитивные и эмоциональные аспекты восстановления при ЧМТ;
- предоставить понимание практического применения и потенциальной эффективности интегрированного подхода, закладывая основу для будущих, более строгих исследований в области реабилитации пациентов с ЧМТ.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Информация о пациенте

Общая информация

Пациентка VR, 34-летняя женщина из городской местности, обратилась с жалобами на забывчивость, трудности при ходьбе и раздражительность, отмечающимися в последние 10 лет, а также постоянно сниженное настроение в последние 6 лет. Эти симптомы возникли после полученной 10 лет назад ЧМТ, которая привела к 27-дневной коме и потребовала длительного лечения. Пациентка испытывала значительные психологические, эмоциональные, социальные и физиологические трудности, включая нарушения эмоциональной регуляции, депрессивные симптомы и когнитивный дефицит. Текущие стрессоры, такие как межличностные и супружеские проблемы, усугубляли ее проблемы.

Медицинский, семейный и психосоциальный анамнезы

Результаты магнитно-резонансной томографии (МРТ) показали очаги глиоза в правой височной доле, передних частях обеих лобных долей, черве и полушариях мозжечка, а также диффузное снижение объема среднего мозга и ствола мозга. Пациентка была хорошо адаптирована в преморбидном периоде и не имела значимых факторов в семейном психиатрическом анамнезе. Высокие ожидания родителей в детстве способствовали формированию у нее внутренней установки на перфекционизм, что вызывало стресс в личной, профессиональной и социальной сферах.

В течение 6 месяцев после несчастного случая пациентка проходила амбулаторное лечение в больнице. Она часто сталкивалась с трудностями, связанными с необходимостью совершать поездки, так как ее родители были пожилыми. Для облегчения ситуации в план лечения включили терапевтические сессии в режиме онлайн, дополняющие очные приемы.

Пациентка — женщина 34 лет, со средним социально-экономическим статусом, образованная. Ее воспитание сопровождалось высокими ожиданиями со стороны родителей, что привило ей стремление к совершенству

во всех аспектах жизни. Она столкнулась с рядом жизненных проблем, включая ЧМТ, стресс аккультурации, потерю работы и распад брака. Эти события привели к формированию у нее внутренней убежденности в том, что она всегда должна соответствовать высоким стандартам, оправдывать ожидания других и стремиться к их одобрению.

Эти глубинные убеждения, в свою очередь, действуют как установки долженствования, создающие постоянное напряжение из-за необходимости достижения целей и получения ожидаемого признания. В сложных ситуациях эти убеждения активируют у пациентки систему угроз, из-за чего она воспринимает такие обстоятельства как потенциальные возможности для неудачи или отвержения, что вызывает чувство стыда, страха и самокритику.

В результате ее поведение характеризовалось следующими чертами:

- стремлением к безупречности — действия пациентки всегда направлены на достижение идеала во всех задачах;
- поиском поддержки — пациентка постоянно ищет признания со стороны окружающих;
- отсутствием направленности к самоуспокоению — зависимость пациентки от внешнего одобрения не способствует облегчению состояния в стрессовой ситуации, усиливает ее глубинное убеждение, что для ощущения комфорта ей необходимо внешнее одобрение.

Ее установки долженствования могут дополнительно повышать уровень воспринимаемых угроз в сложных ситуациях, а катастрофизирующие убеждения, вероятно, усугубляют стресс и способствуют негативному самовосприятию.

У пациентки отмечаются неудовлетворенные потребности в защите, ощущении собственной значимости и сострадании. Психологические последствия этих неудовлетворенных потребностей и ее глубинных убеждений включают депрессию, низкую самооценку, социальную изоляцию, прокрастинацию, трудности с повседневной деятельностью из-за когнитивных проблем, вызванных ЧМТ, и импульсивное поведение.

Вследствие ЧМТ у пациентки развились когнитивные нарушения, такие как расстройства памяти, нарушения исполнительных функций, замедленная обработка информации и конкретность мышления. Она также сталкивается с эмоциональными расстройствами (нарушения эмоциональной регуляции, подавленное настроение, низкая самооценка) и функциональными проблемами (социальная изоляция, трудности в повседневной жизни). Кроме того, у нее наблюдаются различные сенсорные нарушения, связанные с ЧМТ.

Активация системы угроз подпитывает систему достижения, вызывая у пациентки поведение, направленное на достижение совершенства и поиск одобрения. Когда с помощью такого поведения не удается облегчить стресс, возникает чувство разочарования и усиливает глубинные убеждения, еще больше истощая систему успокоения. Данный цикл приводит к постоянному напряжению и страху, которые проявляются в виде депрессии, низкой самооценки и социальной изоляции. Это замкнутый круг дистресса, который пациентка не может покинуть (рис. 1).

Клинические данные

При обследовании у пациентки был выявлен ряд симптомов, указывающих на значительные нейропсихологические последствия ЧМТ; также получены результаты МРТ. Симптомы включали забывчивость, снижение интереса к активности, подавленное настроение и замедленную походку, нарушения непосредственной и недавней памяти, расстройства социального и персонального суждения с идеями безнадежности и беспомощности. Психологическое обследование выявило дефициты в когнитивном домене, связанные в том числе со скоростью обработки информации, устойчивым и распределенным вниманием, вербальной рабочей памятью, вербальной беглостью, вербальным обучением и памятью, визуальным обучением, смысловой памятью, визуальным распознаванием и запоминанием. Другие результаты обследований показали подавленное настроение, склонность к депрессии, социальную изоляцию, чувство неполноценности и регрессию. Для базовой оценки субъективных жалоб использовалась «Шкала депрессии Бека» [13], где пациентка отметила жалобы на подавленное настроение, снижение интереса к работе и раздражительность. Кроме того, межличностные проблемы, в том числе трудности с адаптацией в браке, усугубляемые отношением матери, обусловили у пациентки наличие эмоционального стресса. Несмотря на все эти сложности, VR проявила стойкость и целеустремленность, активно участвуя в своем лечении.

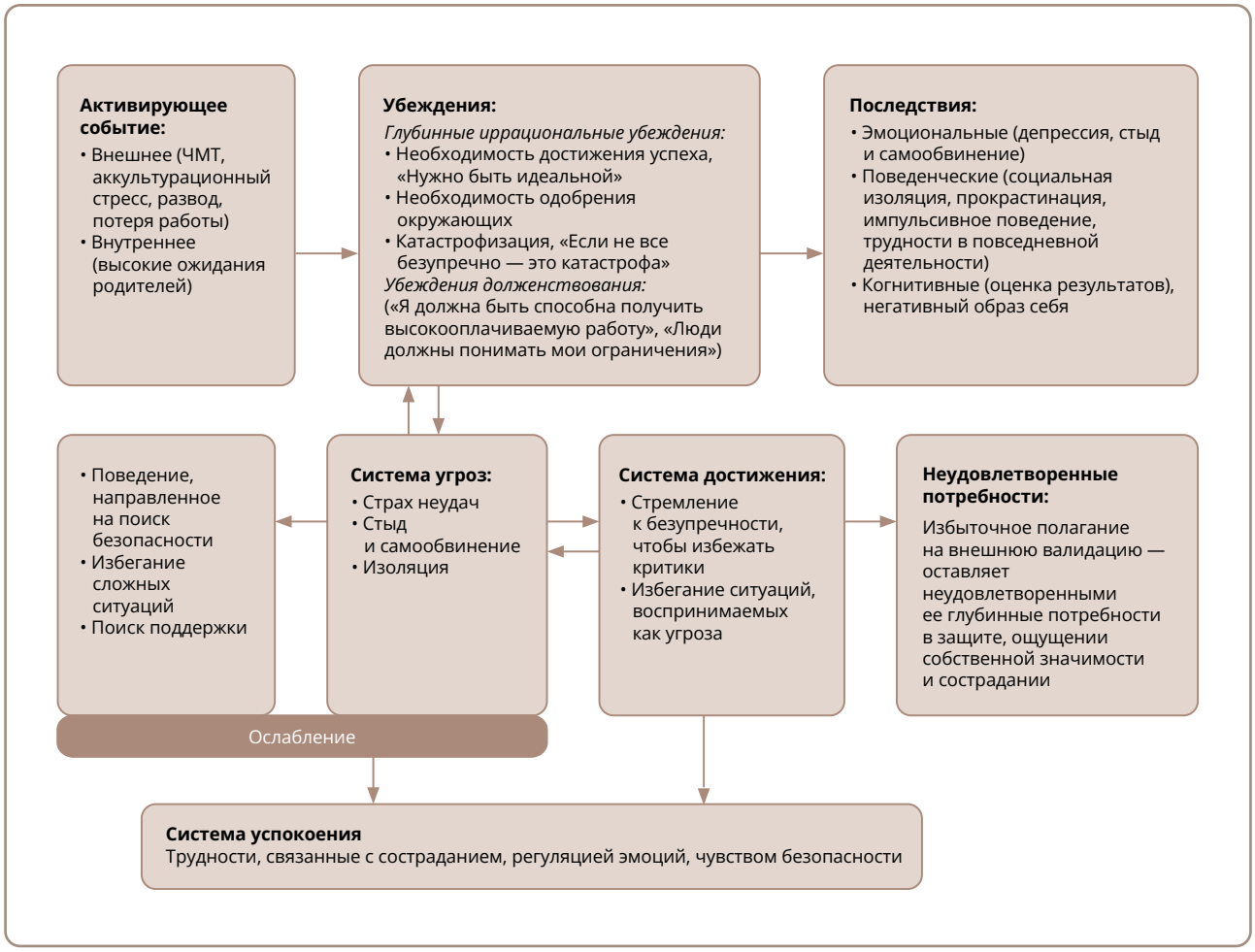

Рисунок 1. Психотерапевтическая концептуализация с использованием моделей REBT и CFT, переработанная и объединенная авторами [11, 12].

Примечание: ЧМТ — черепно-мозговая травма; REBT — рационально-эмоционально-поведенческая терапия; CFT — терапия, ориентированная на сострадание.

Источник: Mahajan S. и др., 2024.

Данные симптомы указывают на возможное органическое нарушение или когнитивное расстройство, проявляющиеся в эмоциональном состоянии с регрессией и замкнутостью, что соответствует диагнозу «органическое расстройство настроения (аффективное)» (F06.3 по МКБ-10) [14]. Таким образом, с учетом всех факторов было разработано психотерапевтическое вмешательство.

Диагностическое обследование

Диагностические тесты

Диагностическая оценка включала обширный набор тестов и обследований. МРТ выявила очаги глиоза в нескольких областях мозга, что указывает на обширное повреждение, соответствующее диффузному аксональному повреждению. Были проведены психологические тесты, такие как «Шкала депрессии, тревоги и стресса» (Depression Anxiety Stress Scales, DASS), «Тест с рисованием фигуры человека» (Human Figure Drawing Tests, HFDT), нейропсихологический комплекс тестов Национального института психического здоровья и нейронаук (The National Institute of Mental Health and Neuro-Sciences, NIMHANS) и «Шкала депрессии Бека» (Beck Depression Inventory, BDI).

Оценка по шкале DASS показала 28 баллов по подшкале депрессии (интерпретируется как крайне тяжелая), 8 баллов по подшкале тревоги (умеренная) и 18 баллов по подшкале стресса (умеренный). Тест HFDT, который также служил способом установления доверительных отношений с пациенткой, выявил сложное сочетание психологических симптомов, включая тревогу, депрессивные тенденции,

социальную изоляцию, чувство неполноценности, регрессию и низкий уровень энергии. Тест продемонстрировал высокий уровень притязаний, ограничиваемых сниженной энергией, фиксацией на событиях прошлого, ощущением собственной ничтожности и отсутствием достижений, что свидетельствует о значительном эмоциональном бремени и косвенно указывает на возможное органическое нарушение или когнитивное расстройство. Нейропсихологический комплекс тестов NIMHANS выявил дефициты в скорости обработки информации, устойчивости и распределении внимания, вербальной беглости, вербальном обучении и памяти, переключаемости внимания, вербальной рабочей памяти, визуальном обучении и логической памяти, что соответствует диффузному характеру повреждения мозга.

Диагностические трудности

Диагностический процесс в случае пациентки VR имел несколько значительных сложностей. Одна из них заключалась в различении органических причин, связанных с ЧМТ, и психологических реакций на травму, так как симптомы могли быть связаны с обоими этими факторами. Данная взаимосвязь затрудняла дифференциацию причин когнитивного дефицита, поскольку он может быть непосредственно вызван повреждением мозга или усугубляться эмоциональным стрессом. Когнитивные нарушения VR требовали коррекции стандартных процедур оценки, что потенциально могло привести к недооценке ее способностей из-за дефицитов в скорости обработки информации и внимании. Культурные и контекстуальные факторы добавили еще один уровень сложности, требуя тщательного анализа влияния культурных убеждений и общественных ожиданий на проявление и интерпретацию симптомов. Наконец, длительный характер состояния VR — симптомы персистировали и развивались в течение 10 лет после первоначальной травмы — создавал трудности в точной оценке прогрессирования и изменений клинической картины с течением времени.

Диагноз

Основной диагноз: «органическое расстройство настроения (аффективное)» (F06.3 по МКБ-10) [15].

Другой рассматриваемый диагноз: «постконтузионный синдром» (F07.2 по МКБ-10).

Прогноз

Прогноз для VR неоднозначен и нуждается в учете как благоприятных, так и представляющих сложность факторов. Положительным моментом со стороны пациентки можно считать ее восприимчивость к интегрированным психотерапевтическим вмешательствам, что подтверждается снижением уровня субъективного стресса (снижение числа субъективных единиц дистресса (subjective units of distress, SUD) [16] с 90 до 58) и отчетом пациентки об улучшении повседневного функционирования. «Шкала субъективных единиц дистресса» (Subjective Units of Distress Scale, SUDS) — это инструмент самооценки, используемый для измерения интенсивности дистресса или тревоги по шкале от 0 до 10, где 0 — отсутствие стресса, а 10 — наивысший уровень стресса, который можно вообразить [16]. Активное участие пациентки в лечении и поддержка со стороны членов семьи также являются благоприятными прогностическими факторами.

Тем не менее несколько факторов требуют более осторожного прогноза. Хронический характер ЧМТ с симптомами, сохраняющимися у пациентки более 10 лет, предполагает, что некоторые дефициты могут быть необратимыми. Тяжесть ее депрессии (оцененная по шкале DASS как крайне тяжелая) и наличие эпизодических мыслей о самоповреждении указывают на сохраняющуюся уязвимость в области психического здоровья. Когнитивные дефициты в нескольких областях, выявленные с помощью нейропсихологического комплекса тестов NIMHANS, могут ограничивать ее потенциал для полного восстановления функционирования. Кроме того, сохраняется риск развития вторичных осложнений или проблем со стороны психического здоровья. Стрессовые факторы окружающей среды и сложность долгосрочного соблюдения плана лечения также могут повлиять на траекторию ее восстановления. С учетом этого долгосрочный прогноз с осторожностью оценивается как оптимистичный, но предполагающий продолжительные трудности.

Терапевтические вмешательства

Релевантные вмешательства и их исходы

Пациентка VR в настоящее время проходит психотерапевтическое лечение с фармакотерапией, включающей эсциталопрам, рисперидон и венлафаксин. Для

получения представления о ее сильных и слабых сторонах, а также эмоциональном состоянии были проведены различные психологические обследования, скорректированные с учетом ее трудностей. Оценку осуществляли с помощью шкалы DASS [17] и теста HFDT [18], нейропсихологического комплекса тестов NIMHANS [19], а также двух подтестов из комплекса тестов для оценки нарушений функций мозга Института последипломного образования [20].

Психотерапевтический подход к лечению принимал во внимание культурные и религиозные аспекты и включал комбинацию REBT, CFT и CR, распределенных по сессиям. Сессии были направлены на установление контакта, психообразование, обращение к эмоциональному влиянию и культурным убеждениям и их исследование, а также подбор техник, адаптированных для когнитивных ограничений пациентки. Продолжительность каждой сессии составляла 35–40 мин.

Виды терапевтических вмешательств

Для данной пациентки применялись такие терапевтические вмешательства, как CR, REBT; для членов семьи — CFT (табл. 1, 2). CFT включала:

- обучение членов семьи навыкам активного слушания;
- обучение техникам ассертивного общения (например, использование высказываний от первого лица, четкое выражение своих потребностей);
- поддержку развития социальных навыков (например, разыгрывание социальных взаимодействий, отрабатывание начала беседы);
- управление проблемным поведением, которое может возникать из-за трудностей в общении;
- установление четких и последовательных ожиданий в отношении общения внутри семьи и VR.

Последующее наблюдение и исход лечения

Показатель SUD оценивался в начале каждой сессии по шкале от 0 до 100, где 0 обозначает отсутствие дистресса, а 100 — максимальный дистресс (рис. 2). VR просили оценить общий эмоциональный дистресс, связанный с ее симптомами ЧМТ и повседневным функционированием. Это обеспечивало постоянное измерение уровня воспринимаемого дистресса на протяжении всего процесса лечения. Спустя две сессии уровень SUD был оценен снова. Исходно он составлял 90. После первого контрольного обследования, которое прошло на четвертой сессии, он снизился до 85, что указывало на небольшое улучшение, которое сохранялось до следующей оценки SUD. Несмотря на небольшое улучшение после второго контрольного обследования, на третьей контрольной сессии SUD наблюдалось незначительное повышение до 88. Таким образом, исследовались причины и смена терапевтических подходов на альтернативные — с когнитивно-поведенческого подхода на комбинацию REBT и CFT. На следующей, четвертой сессии последующего наблюдения показатель SUD снизился до 60 и оставался на этом уровне и на следующей сессии. Это позволяет предположить, что упражнения и вмешательства, адаптированные к когнитивным трудностям пациентки, могли оказать более значительное влияние на снижение уровня дистресса. Сессии были сосредоточены на изменении иррациональных убеждений, визуализации образов самосострадания и ежедневном ведении дневника. На последней контрольной встрече после двух терапевтических сессий уровень SUD составил 58 из 100, что демонстрирует положительное влияние вмешательств и психотерапевтических сессий на пациентку.

Хронология

Развитие заболевания у пациентки VR представлено в табл. 3.

ОБСУЖДЕНИЕ

Резюме клинического случая

Настоящее описание клинического случая подчеркивает важность комплексного психотерапевтического подхода к лечению ЧМТ, особенно с учетом недостаточной освещенности психотерапевтических методов лечения как на глобальном уровне в целом, так и в Индии в частности. Данное описание дополняет существующую литературу в вопросе применения интегрированных психотерапевтических модулей и на основе одного клинического случая демонстрирует их предполагаемую эффективность, поскольку, как правило, при лечении пациентов с ЧМТ основное внимание уделяется хирургическим вмешательствам и терапии психических расстройств, обусловленных ЧМТ, а психотерапевтическая работа остается на заднем плане.

Таблица 1. Техники и процесс вмешательств, которые авторы применяли самостоятельно в ходе психотерапевтических сессий

Сессия	Техника	Методика
1	Установление контакта, разъяснение процесса терапии	Установлены доверительные отношения и сотрудничество. Разъяснен процесс терапии, включая продолжительность, типичный ход сессий и этические аспекты (конфиденциальность и т.д.)
2	Исследование мыслей о самоповреждении	Анамнез исследован в отношении мыслей о самоповреждении или попыток самоповреждения. Обсуждены эпизодические мысли о самоповреждении
	Рассмотрено влияние ЧМТ и культурных убеждений на эмоции	Исследовано чувство вины, беспомощность, самокритика и стыд, связанные с культурными убеждениями и ЧМТ
3	Обсуждение вопросов сексуального здоровья	Оценен уровень комфорта и конкретные аспекты сексуальности и репродукции. Проведено психообразование о сексуальной близости, половом акте, зачатии и родах. Мифы, касающиеся этих тем, развенчаны с помощью базовых диаграмм и аналогий
	Обучение лиц, осуществляющих уход за пациенткой	Проведены отдельные сессии с лицами, осуществляющими уход за пациенткой, для содействия открытому общению и выражению эмоций. Предоставлена информация о ЧМТ, его психологических последствиях и стратегиях поддержки в процессе восстановления
4	Поощрение самоанализа и саморегуляции	Введено планирование еженедельного расписания для организации деятельности. Практиковалась короткая техника расслабления со сканированием тела
5	Введение когнитивно-поведенческой терапии (КПТ)	КПТ рассмотрена как потенциальный терапевтический подход после вводных бесед и постановки целей. Объяснено понятие концептуализации случая в КПТ и его возможные преимущества в лечении
6	Адаптация терапевтического подхода с учетом когнитивных ограничений	Признаны трудности с пониманием КПТ из-за влияния повреждений мозга на обработку информации и выполнение когнитивных задач. Сделан акцент на наличии разных терапевтических потребностей у разных людей и необходимости поиска надлежащего подхода. В поддерживающей и эмпатичной манере обсуждались конкретные трудности, с которыми она сталкивалась при КПТ. Рассмотрены альтернативные терапевтические варианты, которые бы соответствовали ее стилю обучения и когнитивным способностям, уточнены цели
7–9	Управление эмоциональным дистрессом	Реализован многоуровневый подход, включающий: REBT для выявления и преодоления деструктивных убеждений, способствующих эмоциональному стрессу; CFT для развития самосострадания и управления стрессом с использованием таких техник, как успокаивающее ритмичное дыхание и расслабляющее сканирование тела (адаптированные к ее когнитивным ограничениям); CR для улучшения когнитивного функционирования
10–12	Техники CFT	Введены техники CFT, такие как успокаивающее ритмичное дыхание и расслабляющее сканирование тела, адаптированные к ее когнитивным ограничениям, чтобы помочь управлять дистрессом и развивать самосострадание
13, 14	Проведено нейропсихологическое обследование	Проведена комплексная нейропсихологическая оценка для более детальной оценки когнитивного функционирования
15, 16	Закреплены ранее изученные концепции	Повторно рассмотрены и обсуждены ранее изученные в рамках терапии концепции. Деятельность по исследованию социальных навыков

Примечание: ЧМТ — черепно-мозговая травма; CBT — когнитивно-поведенческая терапия; CFT — терапия, ориентированная на сострадание; CR — когнитивная реабилитация; REBT — рационально-эмоционально-поведенческая терапия.

Таблица 2. Когнитивные домены, в которых отмечался дефицит, и соответствующие упражнения, разработанные и применяемые авторами в ходе терапевтических сессий

Когнитивные домены	Упражнения	Описание
Скорость обработки информации	Готовка, уборка	Выполнение домашних задач, требующих быстрого принятия решений и координации
	Судоку, кроссворды	Решение головоломок, требующих быстрого мышления и реакции
	Категоризация списка покупок	Быстрое и эффективное распределение списка покупок по категориям
Устойчивость внимания	Пазлы	Сосредоточение на сборке пазла в течение длительного времени
	Раскрашивание мандал	Занятие детализированным и сложным раскрашиванием, требующее удержания фокуса внимания
	Наблюдение за птицами	Наблюдение за птицами и запись их поведения в течение продолжительного времени
	Перебирание чечевицы	Сортировка различных видов чечевицы или зерен, требующая постоянного внимания к деталям
Распределенное внимание	Мантра-йога	Практика йоги с одновременным повторением мантр, требующая сосредоточения как на физических, так и на вербальных задачах
	Складывание одежды во время разговора	Ведение беседы одновременно со складыванием одежды, распределение внимания между задачей и общением
Вербальная беглость	Игра «Назови...»	Быстрое называние предметов в заданной категории (например, животные, фрукты)
	Задачи с алфавитом	Придумывание слов, которые начинаются с каждой из букв алфавита, в условиях ограниченного времени
	Цепочки слов	Создание цепочки слов, где каждое новое слово начинается с последней буквы предыдущего слова
Вербальная рабочая память	Короткие рассказы с вопросами	Прослушивание коротких рассказов и ответы на вопросы к ним для проверки удержания и воспроизведения информации
	Передача инструкций	Исполнение последовательности инструкций, переданных вербально
	Цепочка вопросов	Ответы на серию взаимосвязанных вопросов, где каждый ответ зависит от запоминания предыдущего вопроса и ответа
Переключаемость	Цепочка антонимов	Быстрое называние противоположностей заданных слов (например, горячий–холодный, большой–маленький)
	Сортировка чечевицы, предметов, овощей	Переключение между разными критериями сортировки (например, по размеру, цвету, типу) для тренировки когнитивной гибкости
Вербальное обучение и память	Свободное воспроизведение	Свободное воспроизведение списка слов или понятий после небольшой паузы
	Обзор дня	Обзор и пересказ событий дня для улучшения запоминания
	Активное слушание	Участие в беседах с активным припоминанием обсужденных деталей
Визуальное обучение и логическая память	Наблюдение за объектами и их рисование	Наблюдение за объектами и затем их рисование по памяти для улучшения визуального припоминания
	«Найди отличия»	Поиск отличий между двумя похожими картинками для тренировки визуального различения и памяти
	Последовательность рассказа	Расположение элементов истории или картинок в правильной последовательности для улучшения логической памяти и понимания структуры рассказа

Рисунок 2. Среднее число субъективных единиц дистресса по мере последующего наблюдения.

Источник: Mahajan S. и др., 2024.

Обобщенная интерпретация результатов

Согласно существующим исследованиям, пациенты, перенесшие ЧМТ, часто сталкиваются с разнообразными проблемами: от сенсорных нарушений и когнитивных дефицитов до изменений личности [21]. Однако гендерные исследования показали, что женщины могут сталкиваться со специфическими трудностями вследствие гендерных ролей, общественных ожиданий и физиологических изменений, отсутствующих у мужчин [22]. В случае VR наблюдалась аналогичная ситуация: ее проблемы усугублялись культурно-общественным давлением и историей родительских ожиданий, что приводило к эмоциональному дистрессу и внутреннему напряжению. Эти вопросы рассматривались на сессиях путем

Таблица 3. Хронология развития заболевания у пациентки VR, ключевые события и прогноз

Временной промежуток	Ключевые события	Состояние
До происшествия	Пациентка получила высшее образование. Начала работать по специальности	Нормальное развитие, успеваемость выше среднего
Год получения травмы	Пациентка попала в серьезную аварию и получила ЧМТ. Пробыла в коме практически месяц	Лежачая, нуждается в помощи, не расположена к общению, часто плачет
6 месяцев после получения травмы	Пациентка переехала к семье мужа	Появление небольших улучшений: стала самостоятельно есть, немного говорить и ходить. Наблюдались грусть, гнев, суицидальные мысли. Трудности в адаптации из-за культурных и экономических различий
Первый год после получения травмы	Вернулась в дом своих родителей	—
Второй год после получения травмы	Пациентка развелась с первым супругом из-за межличностных проблем и изменений в поведении. Потеряла работу	Наблюдались чувство одиночества, стыд и самообвинение
2–5 лет после получения травмы	Постепенное физическое восстановление дома	Постоянно сниженное настроение и беспокойство о будущем
5–8 лет после получения травмы	Пациентка вышла замуж во второй раз	По-прежнему сниженное настроение и повышенная раздражительность
Восьмой год после получения травмы (6 месяцев до настоящего обследования)	Уехала от второго супруга из-за межличностных проблем. Находится на грани развода со вторым супругом. Пациентка начала проходить психотерапию и фармакотерапию	—
Текущее время (на момент обследования)	—	Сохраняются проблемы с памятью, трудности при ходьбе, раздражительность, чувство вины и стыда, сниженное настроение. Пациентка продолжает получать терапию

Примечание: ЧМТ — черепно-мозговая травма.

исследования того, как культурные и общественные ожидания стали неотъемлемой частью ее идентичности и процесса восстановления.

Кроме того, в ее случае фундаментальным элементом служило установление доверия и сотрудничества с врачом. Согласно литературе, терапевтический альянс играет важную роль в улучшении результатов у пациентов с ЧМТ[2].

Терапевтические результаты показали пользу такого комбинированного подхода. У пациентки VR наблюдали улучшение в повседневном функционировании, управлении эмоциями и когнитивных функций. Это согласуется с исследованиями, которые поддерживают интегративный подход к терапии после приобретенной травмы головного мозга для удовлетворения специфических потребностей клиентов [23].

Данный случай демонстрирует важность комплексных программ нейрореабилитации, включающих психотерапию наряду с когнитивной реабилитацией. Такой целостный подход может помочь людям жить полноценной жизнью, несмотря на травму. Психотерапевты, которые работают с пациентами с ЧМТ, должны учитывать сильные стороны своих клиентов, принимать новые ограничения и быть готовыми решать эмоциональные проблемы, характерные для подобных случаев [24]. Это, в свою очередь, подчеркивает необходимость подготовки специалистов в области психического здоровья в данном направлении.

Для обеспечения адекватной помощи важно устранить практические ограничения, включая нехватку квалифицированных специалистов и чрезмерную нагрузку. В будущем следует уделить внимание разработке, проведению и внедрению программ обучения, готовящих психотерапевтов к эффективной работе в области нейрореабилитации. Существующие исследования отмечают значимость адаптации различных терапевтических методов для удовлетворения потребностей каждого пациента [25]. Показано, что мультимодальное лечение может значительно повысить качество жизни пациентов, перенесших ЧМТ [26]. Эти данные демонстрируют эффективность персонализированного подхода, который учитывает культурные и гендерные различия и приводит к значительным улучшениям результатов лечения.

Данная работа вносит вклад в растущую доказательную базу, поддерживающую использование целостных и пациент-ориентированных методов в реабилитации пациентов с ЧМТ [26]. Она акцентирует внимание на важности комплексного психотерапевтического подхода к лечению ЧМТ. Описание данного клинического случая дополняет существующую литературу, показывая эффективность интеграции CR, REBT и CFT. При лечении ЧМТ распространены хирургические и фармакологические вмешательства, а психотерапевтическое лечение остается недостаточно представленным, особенно в Индии [27–30][3].

Терапевтический альянс сыграл ключевую роль в прогрессе VR, что согласуется с исследованиями, описывающими улучшение результатов у пациентов с ЧМТ при сотрудничестве с врачом[3]. VR продемонстрировала значительные улучшения функционирования в повседневной деятельности, эмоциональной регуляции и когнитивных функций, что подтверждает эффективность целостного и персонализированного терапевтического подхода [23]. Состояние VR при таком комплексном подходе оценивалось с помощью клинических интервью и шкалы SUD. Пациентка сообщила, что чувствует себя более вовлеченной и понятой по сравнению с предыдущим лечением, отметив, что одновременное внимание к когнитивным и эмоциональным аспектам воспринимается как более целостное. Особенно положительно VR оценила элементы самосострадания в CFT.

Данный случай подчеркивает необходимость комплексных программ нейрореабилитации, которые включают психотерапию наряду с когнитивной реабилитацией. В будущем следует сосредоточить внимание на подготовке специалистов по охране психического здоровья в области нейрореабилитации и разработке мультимодальных терапевтических вмешательств, скорректированных с учетом индивидуальных потребностей пациентов.

Интеграция REBT, CFT и CR в лечении ЧМТ демонстрирует потенциал для улучшения процесса восстановления и повышения качества жизни. Этот целостный подход учитывает сложное взаимодействие когнитивных, эмоциональных и поведенческих трудностей и показывает ценность персонализированного ухода в реабилитации пациентов с ЧМТ.

---

[2] Информация доступна по ссылке: https://www.tbimedslp.com/blog/traumatic-brain-injury-rehabilitation

[3] Информация доступна по ссылке: https://newsroom.uw.edu/news-releases/collaborative-care-model-reduces-tbi-pain-study-shows

В дальнейшем планируется провести повторную оценку и выявить улучшения с помощью нейропсихологического комплекса тестов NIMHANS для получения параметрических данных, позволяющих оценить динамику состояния пациентки и объективно подтвердить преимущества комплексного подхода к лечению. Это связано с тем, что субъективно оцениваемый показатель SUD свидетельствует о том, что пациентка ощущает расслабление и снижение воспринимаемого дистресса.

При оценке наших первоначальных целей данный клинический случай показал достижение значительных результатов, одновременно выявив направления для будущих исследований. Он способствует устранению в литературе недостатка информации о комплексном психотерапевтическом лечении ЧМТ в условиях Индии, хотя дальнейшие исследования остаются актуальными. Случай успешно демонстрирует потенциальные преимущества целостного, пациент-ориентированного подхода, который учитывает когнитивные ограничения, культурные факторы и индивидуальные потребности. Интеграция REBT, CFT и CR показала обнадеживающие результаты в улучшении эмоциональной регуляции, когнитивного функционирования и качества жизни, что соответствует нашей цели — исследовать синергетические эффекты комбинированной терапии. Этот случай вносит вклад в растущую доказательную базу преимущества интегративных подходов в нейрореабилитации, подчеркивая важность сочетания психологических интервенций с когнитивной реабилитацией. Он эффективно демонстрирует значимость гибких, адаптированных вмешательств, которые охватывают как когнитивные, так и эмоциональные аспекты восстановления после ЧМТ. Одновременно с предоставлением ценных сведений о практическом применении интегрированного подхода и закладыванием основы для будущих исследований этот случай также подчеркивает необходимость более масштабных количественных исследований для более точного подтверждения эффективности данного подхода в реабилитации пациентов с ЧМТ.

Ограничения

Как авторы этого описания клинического случая, мы признаем наличие нескольких ограничений в нашей работе. Дизайн работы, включающий один клинический случай, предоставляет ценные сведения, однако ограничивает возможность обобщения на более широкую популяцию пациентов с ЧМТ. Для измерения результатов мы в основном полагались на SUD, что, хотя и удобно в клинической практике, не обладает объективностью стандартизированных методов. Более полная нейропсихологическая оценка до и после вмешательств внесла бы значимый вклад в работу посредством объективного количественного определения когнитивных улучшений. Мы также признаем отсутствие данных долгосрочного наблюдения, которые могли бы показать устойчивость улучшений. Несмотря на эти ограничения, мы полагаем, что наше описание клинического случая предлагает ценные сведения об интегрированном подходе к реабилитации при ЧМТ, закладывая основу для будущих, более строгих исследований в этой области.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Данный клинический случай демонстрирует опыт успешной интеграции REBT, CFT и CR при лечении ЧМТ. Целостный, персонализированный подход позволил эффективно решить разнообразные психологические и когнитивные трудности, с которыми столкнулась пациентка, способствуя ее восстановлению и улучшению качества ее жизни. Эти результаты подчеркивают важность включения различных терапевтических методов при ведении пациентов с ЧМТ, а также указывают на необходимость дальнейших исследований и внедрения подобных подходов в клиническую практику.

Информированное согласие: Информированное согласие было получено в письменном виде и подписано 8 августа 2024 г.

История публикации

Рукопись поступила: 31.05.2024
Рукопись принята: 28.10.2024
Опубликована онлайн: 10.12.2024

Вклад авторов: Все авторы внесли вклад в создание статьи. Швета Махаджан разработала идею исследования, проводила терапевтические сессии и составляла концептуализацию случая. Она несла основную ответственность за исследование и его методологию

и написание первоначального варианта рукописи, а также принимала участие в его проверке и редактировании. Ануйя Джайн проводила психологическое обследование и анализ результатов, использованных в работе. Она отвечала за хранение данных и формальный анализ результатов обследований, способствуя исследовательскому процессу. Шамли Темсе участвовала в создании концепции работы и обеспечивала общий контроль. Она отвечала за администрирование проекта, включая получение информированного согласия от участников, и предоставляла ресурсы. Темсе также внесла вклад в валидацию результатов и методологии исследования. Шрешта Чаттопадхьяй внесла значительный вклад в рукопись путем контроля, визуализации, обширного редактирования и создания концепции. Она участвовала преимущественно на этапе рецензирования и редактирования, помогая уточнить и улучшить финальную версию статьи.

Финансирование: Статья не имела спонсорской поддержки.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Цитировать:
Махаджан Ш.Н., Джайн А., Чаттопадхьяй Ш., Темсе Ш. Интеграция рационально-эмоционально-поведенческой терапии и терапии, сфокусированной на сострадании, с когнитивной реабилитацией при травматическом повреждении головного мозга: клинический случай // *Consortium Psychiatricum*. 2024. Т. 5, № 4. CP15546. doi: 10.17816/CP15546

Сведения об авторах

***Shweta Nitin Mahajan,** MPhil, Clinical Psychology Trainee, Department of Clinical Psychology, Rashtriya Raksha University; ORCID: https://orcid.org/0000-0002-7180-6568
E-mail: mnshwetaa1011@gmail.com
Anuja Jain, MPhil, Clinical Psychology Trainee, Department of Clinical Psychology, Rashtriya Raksha University
Shreshta Chattopadhyay, Assistant Professor, Clinical Psychologist, Department of Clinical Psychology, Rashtriya Raksha University
Shamli Themse, Assistant Professor, Clinical Psychologist, Department of Clinical Psychology, Rashtriya Raksha University

*автор, ответственный за переписку

Список литературы

1. Mao G. Traumatic Brain Injury (TBI) [Internet]. MSD Manual Professional Edition; 2023 Feb [cited 2024 Aug 12]. Available from: https://www.msdmanuals.com/professional/injuries-poisoning/traumatic-brain-injury-tbi/traumatic-brain-injury-tbi
2. Maas AIR, Menon DK, Manley GT, et al. Traumatic brain injury: progress and challenges in prevention, clinical care, and research. Lancet Neurol. 2022;21(11):1004–1060. doi: 10.1016/s1474-4422(22)00309-x
3. Dewan MC, Rattani A, Gupta S, et al. Estimating the global incidence of traumatic brain injury. J Neurosurg. 20218:130(4):1080–1097. doi: 10.3171/2017.10.JNS17352
4. Gururaj G, Kolluri SVR, Chandramouli BA, et al. Traumatic brain injury [Internet]. Bangalore: National Institute of Mental Health and Neuro Sciences; 2021 [cited 2024 Aug 12]. Available from: https://nimhans.ac.in/wp-content/uploads/2021/02/Traumatic-Brain-Injury-Report.pdf
5. Ashworth F, Clark A, Jones L, et al. An exploration of compassion focused therapy following acquired brain injury. Psychol Psychother. 2015;88(2):143–162. doi: 10.1111/papt.12037
6. Ashworth F, Gracey F, Gilbert P. Compassion Focused therapy after Traumatic Brain Injury: Theoretical foundations and a case illustration. Brain Impairment. 2011;12(2):128–139. doi: 10.1375/brim.12.2.128
7. Al-Roubaiy NS. One pathway to cognitive behaviour therapy integration: introducing assimilative integrative rational emotive behaviour therapy. The Cognitive Behaviour Therapist. 2020(13):e7. doi: 10.1017/s1754470x20000069
8. Agrawal A, Munivenkatappa A, Shukla DP, et al. Traumatic brain injury related research in India: An overview of published literature. Int J Crit Illn Inj Sci. 2016;6(2):65–69. doi: 10.4103/2229-5151.183025
9. Dash HH, Chavali S. Management of traumatic brain injury patients. Korean J Anesthesiol. 2018;71(1):12–21. doi: 10.4097/kjae.2018.71.1.12
10. Mahajan M, Hegde S, Sinha S. Lost Self to Present Self: A Case Report of Narrative Therapy for a Woman with Acquired Brain Injury. Consort Psychiatr. 2024;5(1):34–43. doi: 10.17816/cp15477
11. Hofmann SG, editor. The Wiley Handbook of Cognitive Behavioral Therapy. [S. l.]: Wiley-Blackwell, 2013.
12. Aita SL, Schuler KR, Isaak SL, et al. Posttraumatic Stress Disorder complicated by Traumatic Brain Injury: A Narrative review. SN Comprehensive Clinical Medicine. 2023;5(1). doi: 10.1007/s42399-023-01431-1
13. Rowland SM, Lam, CS, Leahy B. Use of the beck depression inventory-II (BDI-II) with persons with traumatic brain injury: Analysis of factorial structure. Brain Inj. 2005;19(2):77–83. doi: 10.1080/02699050410001719988
14. Chong MC, Sharp MK, Smith SM, et al. Strong recommendations from low certainty evidence: a cross-sectional analysis of a suite of national guidelines. BMC Med Res Methodol. 2023;23(1):68. doi: 10.1186/s12874-023-01895-8
15. Murray H. F06.32 — Mood Disorder Due to Known Physiological Condition With Major Depressive-like Episode [Internet]. Carepatron; 2014 [cited 2024 Aug 12]. Available from: https://www.carepatron.com/icd/f06-32

16. Wolpe J. The practice of behavior therapy. New York: Pergamon Press; 1969.
17. Randall D, Thomas M, Whiting D, et al. Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): Factor structure in Traumatic Brain Injury Rehabilitation. J Head Trauma Rehabil. 2017;32(2):134–144. doi: 10.1097/htr.0000000000000250
18. Deng X, Mu T, Wang Y, et al. The application of human figure drawing as a supplementary tool for depression screening. Front Psychol. 2022;13:865206. doi: 10.3389/fpsyg.2022.865206
19. Afsar M, Shukla D, Bhaskarapillai B, et al. Cognitive Retraining in Traumatic Brain Injury: Experience from Tertiary Care Center in Southern India. J Neurosci Rural Pract. 2021;12(2):295–301. doi: 10.1055/s-0041-1722817
20. Pershad D, Verma SK. Handbook of P G I Battery of Brain Dysfunction (pgi-BbD). [S. l.]: National Psychological Corporation; 1993.
21. Min JH, Shin Y. Treatment and Rehabilitation for Traumatic Brain Injury: current update. Brain Neurorehabil. 2022;15(2):e14. doi: 10.12786/bn.2022.15.e14
22. Blaya MO, Raval AP, Bramlett HM. Traumatic brain injury in women across lifespan. Neurobiol Dis. 2022;164:105613. doi: 10.1016/j.nbd.2022.105613
23. Riqueme SC, Prigatano GP. From meaning to symptom reduction: contemporary approaches to psychotherapy after traumatic brain injury. Revista Chilena de Neuropsicología. 2018;13(2):22–29.
24. Yeates KO, Bigler ED, Abildskov T, et al. Social Competence in Pediatric Traumatic Brain Injury: From Brain to Behavior. Clin Psychol Sci. 2013;2(1):97–107. doi: 10.1177/2167702613499734
25. Doucet BM. Neurorehabilitation: are we doing all that we can? Am J Occup Ther. 2012;66(4):488–493. doi: 10.5014/ajot.212.002790
26. Howe EI, Zeldovich M, Andelic N, et al. Rehabilitation and outcomes after complicated vs uncomplicated mild TBI: results from the CENTER-TBI study. BMC Health Serv Res. 2022;22(1):1536. doi: 10.1186/s12913-022-08908-0
27. Donnelly K, Nelson J, Zeller S, et al. LoveYourBrain Retreats Improve quality of Life After Drain Injury [Internet]. BrainLine; 2023 January 13 [cited 2024 Aug 12]. Available from: https://www.brainline.org/research/loveyourbrain-retreats-improve-quality-life-after-brain-injury
28. Lexell J, Larsson Lund M, Möller M, et al. Rehabilitering för vuxna med traumatisk hjärnskada: En systematisk översikt och utvärdering av medicinska, ekonomiska, sociala och etiska aspekter [Internet]. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering; 2019 [cited 2024 Aug 12]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK566652
29. Block CK, West SE. Psychotherapeutic treatment of survivors of traumatic brain injury: review of the literature and special considerations. Brain Inj. 2013;27(7–8):775–788. doi: 10.3109/02699052.2013.775487
30. Gómez-de-Regil L, Estrella-Castillo DF, Vega-Cauich J. Psychological intervention in traumatic brain injury patients. Behav Neurol. 2019;2019:6937832. doi: 10.1155/2019/6937832