

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПРОГРАММЫ СТИМУЛЯЦИИ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Балканска Полина - доц. д-р,
Факультет общественного здоровья,
Медицинский университет - София

Аннотация. Предоставляем Вашему вниманию психотерапевтическую программу моделирования для поддержки социальной компетентности у пожилых пациентов с когнитивными нарушениями по трем основным направлениям: улучшение возможностей для ориентации; сохранение социальных контактов; поддержание старых привычек. Программа является неотъемлемой частью третичной профилактики деменции и других когнитивных нарушений в пожилом возрасте.

Ключевые слова: *социальная компетентность, когнитивное обучение, пожилые люди, слабоумие*

Введение. Деменция является одним из самых болезненных и трагических, "нечеловечных" заболеваний в пожилом возрасте. Поэтому нынешняя демографическая тенденция к увеличению доли пожилых людей в последние десятилетия определяет синдром деменции как значительную медицинскую, социальную, психологическую и экономическую проблему современного общества. Исключительная медицинская или социальная значимости этой разрушительной для человеческого интеллекта болезни, является результатом как высокой заболеваемости и прогрессирующей потери автономии пациента, так и специфики соответствующего ухода (Балканска, П. , 2003).

В связи с ростом актуальности проблемы деменции все больше ученых из разных областей знаний работают по созданию и изучению возможностей различных терапевтических стратегий. Психосоциальные вмешательства, направленные на пациента и его семью, занимают важное место в комплексной терапии деменции.

Когнитивное обучение является важным для поддержания формы социальной компетентности для людей с нарушениями когнитивных функций. Его основной целью является сохранение и поддержание относительной автономии пациента в повседневной жизни как можно дольше времени. Болезнь требует адаптации поведения как пациента, так и его семьи. Имеются в виду мнестические расстройства и нарушения тесных отношений, которые порождают чувство неуверенности, аффективные расстройства и проблемы контроля у этих пациентов (Балканска, П., 2008).

На ранних стадиях заболевания пациенты часто испытывают глубокие трудности, связанные с осуществлением их ежедневных и/или профессиональных обязанностей, с прогрессирующими нарушениями ориентации и общим снижением способностей. Это приводит к депрессии, тревоге и неуверенности (Балканска, П., 2012).

В течение заболевания постепенно ухудшается скорость психических процессов и замедляются реакции пациента. Он больше не может принимать и обрабатывать правильно новую информацию. Обычные требования и большой объем данных загружают его и вызывают тревогу.

Больные деменцией трудно контролируют свои реакции. На первый взгляд, незначительные поводы могут вызвать реакцию страха и паники у пациента, которые приводят к трудно преодолимым агрессивным вспышкам. Эти вспышки являются источником больших проблем для людей, которые заботятся о таких больных (Балканска, П., 2012).

На ранних стадиях деменции возможности для обучения и познавательные способности страдающих этим заболеванием еще не нарушены. В этот период когнитивное обучение имеет решающее значение для поддержания автономии пациента. (Балканска, П., Н.Георгиев, 2009) Проведение когнитивных упражнений и системной терапии приводит к уменьшению трудностей и проблем, возникающих на ранних стадиях деменции. В этот период развития болезни подготовка имеет оптимальные возможности. У больных с дементным синдромом достигается селективное улучшение функции обучения (Ermini-Funfschiling, 1997).

На основе международного опыта и с учетом культурных и социальных характеристик населения Болгарии была разработана базовая структура программы моделирования психотерапевтической поддержки социальной компетентности пожилого населения Болгарии с когнитивными нарушениями (Балканска, П., 2003, 2008).

Алгоритм многофакторной концепции когнитивного обучения.

Концепция когнитивного обучения основана на знаниях из различных областей психологии и геронтологии и направлена на улучшение качества жизни и социальной компетентности больных. Достижения когнитивной психологии, нейропсихологии, геронтопсихологии и знаний по этиологии и течению различных заболеваний головного мозга в процессе старения, является необходимым условием для успеха этого вида терапии (Ermini-Funfschiling, 1997). Реализация стратегии когнитивно-поведенческой терапии позволяет изменяющееся по мере прогрессирования заболевания поведение пациента настроить и адаптировать к новым реалиям.

При структурировании когнитивного обучения будем исходить из следующего алгоритма:

1. Уточнение оставшихся нетронутыми способностей пациента и направленное обучение для индивидуальной подготовленности. Организация обучения для компенсации нарушенных функций.

2. Тренировка сохранных способностей для достижения максимально возможного сохранения приобретенных до этого знаний и навыков. Включение всех органов чувств в обучение позволяет активировать различные области мозга.

3. Соблюдение требований к участникам выражать свое личное мнение по обсуждаемым вопросам. Это дает информацию, которая позволяет контролировать состояние каждого из них.

4. Применение индивидуального подхода к каждому участнику тренинга. При этом у пациента возникает чувство личной значимости и успеха. Воспитание чувства личной значимости достигается путем проведения индивидуальных разговоров по вопросам из областей знаний, в которых пациент все еще компетентен (например, география, история, культура, профессиональные знания и т. д.).

5. Улучшение эмоционального состояния больных путем достижения чувств полезности и значимости, влияющие положительно на психические способности человека.

6. Достижение эмпатии в отношениях. В группе пациенты получают понимание и сочувствие терапевта и других участников. Они могут свободно выражать свое мнение и рассказывать о своих проблемах. Чувство неполноценности и изоляции постепенно исчезает.

Основные правила когнитивного обучения.

При организации и проведении когнитивного обучения необходимо следовать определенным правилам, в целях обеспечения максимальной отдачи от ее реализации. Они основаны на конкретном процессе заболевания

головного мозга и одобрены в ходе психотерапевтической работы с пациентами, страдающими деменцией.

При структурировании когнитивной подготовки, ведущими являются следующие правила:

1. Подготовка должна действовать положительно на основные функции пациента и ее содержание должно иметь важное значение для него. Необходимая информация содержится в знании текущего состояния каждого участника.

2. Режим дня должен быть структурирован. Таким образом сохраняется и поддерживается чувство уверенности у пациентов.

3. Больные должны быть включены регулярно во все виды деятельности, которые необходимы в общении и имеют определенную смысловую нагрузку для них.

4. Требования к пациентам во время обучения должны быть правильно распределены. Чрезмерные (или заниженные) требования к ним приводят к нежеланию или даже отказу действовать. Они могут привести к вспышкам негодования и чувству неполноценности у больного.

5. Упражнения, включенные в обучение, должны активировать различные области памяти и когнитивных навыков (повторять, наблюдать, слушать, нюхать и т.д.).

6. В структуре когнитивной подготовки должны присутствовать упражнения, уменьшающие стресс у пациентов, а также создавать ситуации, которые вызывают положительные эмоции у участников.

7. Должны проводиться беседы с пациентами, связанные с когнитивными дисфункциями.

Каковы возможности когнитивного обучения при самых явных нарушениях при начальной деменции?

Когнитивное обучение направлено на снижение симптомов при проявлении дементного синдрома и помогает расширить параметры отдельных когнитивных способностей пациентов (Romero В., 1995; Balkanska, Р., 2008, 2012).

На ранних стадиях развития деменции наиболее очевидными являются нарушения краткосрочной памяти, концентрации внимания, мышления, мотивации и др.

- Потеря мотивов: Отсутствие или уменьшение личных побуждений могут быть компенсированы, поощряться в процессе терапии.

- Нарушение краткосрочной памяти: Систематическое обучение по использованию различных мнемотехник дает возможность внешней поддержки нарушенных функций памяти. Систематическое обучение помогает пациенту в повседневной жизни.

- Нарушение концентрации внимания: Упражнения в систематической обработке информации приводит к улучшению способности к концентрации и реализации сознательного контроля (например, сортировка, ассоциации, визуализация и т.д.).

- Трудности в абстрактном мышлении: Адаптация к изменениям может быть достигнута путем обсуждения проблем в группе, основанной на принципе: анализ, фокусировка, реализации.

- Трудности в мышлении и навыках: Адаптация к изменениям посредством тренировки определенных когнитивных схем и навыков. Обсуждение проблем, анализ и адаптация.

- Трудности в поиске слова: Обучение, путем напоминаний поговорок и общепринятых высказываний. Участие со словесным выражением в разных темах (свободные ассоциации, словесные упражнения в различных областях) оказывает помощь пациентам в использовании и поддержании

существующих способностей. Систематическое обучение пословицам помогает сохранить семантическую систему (где это возможно).

• Потеря мотивации: Эмпатичное поведение терапевта и благоприятная психологическая атмосфера в группе может мотивировать пациентов к участию в различных мероприятиях.

Перед началом когнитивного обучения необходимо провести детальное психологическое изучение пациента.

Оно содержит:

-нейропсихологическое тестирование;

-истории болезни пациента и его близких;

-системный анализ (подробности о семье, профессиональной среде, круге друзей и др., позволяющие определить потенциальные источники поддержки и соответственно - источники бед);

-Анализ жизненной ситуации пациента. Он основан на информации всех предыдущих источников и оценок, связанных с течением и проявлением заболевания у пациента.

Все эти данные необходимы для построения индивидуального плана лечения для каждого участника тренинга.

Набор текстов для изучения

1. Шкала для оценки когнитивных функций

(Evaluation rapide des fonctions cognitives - ERFC, GIL et al.,1986).

Она состоит из 13 субтестов, предоставляющих информацию о состоянии когнитивных функций у взрослых. Каждый субтест оценивается независимо друг от друга и позволяет отчитывать функции, которые нарушены больше других. Это дает возможность для эффективного психометрического контроля и определения соответствующих форм лечения для каждого отдельного случая когнитивных нарушений.

2. Скрининг-тест когнитивных нарушений (Mini-Mental-State-Examination, FOLSTEIN et al., 1983). Тест используется в мировой психогериатрической практике и включает в себя исследования ориентации, возможностей фиксации, хранения и воспроизведения речевых способностей и конструктивных возможностей.

3. Тест для оценки вербальной способности - "С - слова". В течение трех минут ответчик должен перечислить как можно больше слов, начинающихся с буквы "С". Записывается число и точность слов в течение трех минут.

Когнитивные тесты имеют важное значение в диагностике деменции и часто используются для определения разных типов деменции. Они также могут быть использованы для оценки настроения и могут помочь в диагностике депрессии, которая может привести к симптомам, похожим на те, которые характерны при слабоумии.

Методология

Когнитивное обучение может проводиться индивидуально, но его эффект более выражен при групповой терапии. Группа для когнитивного обучения формируется из пациентов с результатами скрининг-теста для когнитивных нарушений (MMSE) не менее 23 точек (при максимальном балле - 30 точек).

Обучение полуструктурировано, т. е. каждый час содержит некоторые элементы, которые повторяются регулярно:

1. Вопросы и упражнения для ориентации во времени и пространстве.
2. Вопросы и дискуссии по актуальным темам.
3. Выбор определенной интересной темы, которая для большинства участников содержит новую информацию.
4. Упражнения для разгрузки и отдыха (беседы на желанные темы, живопись, лепка, музыка и т.д.).

5. Разговорные упражнения для концентрации и мышления, для группирования, ассоциации, запоминания.

6. Упражнения для вербальных и невербальных продуктивных способностей.

7. Разговоры о проблемах и о приятных событиях прошедшей недели.

У каждого пациента отмечается индивидуальное течение заболевания. В целом можно сказать, что пациенты с болезнью Альцгеймера будут иметь меньше пользы от когнитивного обучения по сравнению с пациентами, имеющими другие диагнозы (например, при сосудистой деменции или депрессии с когнитивными нарушениями).

Опыт показывает, что эти пациенты находятся в группе меньше времени, т.к. как их коммуникационные проблемы носят более выраженный характер и быстрее ухудшаются, чем у пациентов с другими типами деменции.

Когнитивное обучение имеет поддерживающий и сопровождающий характер заболевания. Его продолжительность нельзя определить заранее. Это зависит от скорости течения заболевания и способности личности пациента выполнять соответствующие упражнения.

Ожидаемый эффект когнитивного обучения

Мнестические расстройства больных деменцией требуют понимания и терпения близких. Упражнения с реалистичной направленностью и соответствующим оформлением окружающей среды могут улучшить ориентацию пациента и таким образом уменьшить его проявления неуверенности.

Повышение самооценки пациентов, включенных в активирующую терапию и обучение остаточным функциям, ведет к улучшению их когнитивных способностей. Это создает условия для приспособления к болезненным изменениям в их поведении. При такой комбинированной

активирующей психотерапии можно добиться повышения социальной компетентности пациентов с дементным синдромом. Это реальная форма улучшения качества жизни пациентов и их семей.

Литература

1. Балканска, П., Възрастният човек като пациент. Геронтопсихология в здравните и социалните грижи, Булвест 2000, С.,2003.
2. Балканска, П., Психодиагностика и психологични интервенции във вторичната профилактика на късните деменции, Trakia journal of sciences, ISSN 1312-1723, v.6, 2008, 2, 32-37.
3. Balkanska, P. Communication Problems within Families with Patients with Dementia. Psychological Thought, Vol 5, No 2, 2012, 106-112.
4. Balkanska P., N. Georgiev, S. Mladenova, Challenges towards the geriatric care in Bulgaria, Conference “Public Health and Health Care in Greece and Bulgaria – the Challenge of the Cross-border Collaboration”, Alexandroupolis, 8 – 10 May, 2009,
5. Balkanska P., N. Georgiev, Early detection on cognitive disorders an dementia in elderly, Conference “Public Health and Health Care in Greece and Bulgaria – the Challenge of the Cross-border Collaboration”, Alexandroupolis, 8 – 10 May, 2009,
6. Ermini-Funfschiling, D. Kognitives Training. Alzheimer Info-Nachrichten der Deutschen Alzh.Gesellschaft, 4-8, 1997.
7. Folstein, M. The Mini-Mental State Examination. In: Assessment in Geriatric Psychopharmacology ,edited by T.Crook et all.,Mark Powl Associidt. , 47-53, 1983.
8. Gil, R. et al..Une Methode D'Evaluation Rapide des Fonctions Cognitives (ERFC) Son Application a La Demence Senile de Type Alzheimer. Sem Hop Paris, 62, 27, 2127-2133, 1986.

9. Romero B., Psychotherapie für Alzheimer-Kranke. Mitteilungen, Alzheimer Gesellschaft, München, 24-28, 1995.