

От потерянного «Я» к новому «Я»: описание клинического случая применения нарративной терапии у пациентки с приобретенной травмой головного мозга

Lost self to present self: a case report of narrative therapy for a woman with acquired brain injury

doi: 10.17816/CP15477

Клинический случай

**Mrinalini Mahajan, Shantala Hegde¹,
Sanjib Sinha¹**

¹ National Institute of Mental Health and Neuro Sciences,
Bengaluru, India

**Мриналини Махаджан, Шантала Хегде¹,
Санджиб Синха¹**

¹ Национальный институт психического здоровья
и нейронаук, Бангалор, Индия

ABSTRACT

BACKGROUND: Psychotherapy for people with acquired brain injury (ABI) is considered to be an important component of a holistic neuropsychological rehabilitation approach. This helps in making sense of the loss of the sense of self they experience. Gender, premorbid personality, and socio-cultural discourses guide this process of understanding. Narrative formulation takes these considerations into account and, thus, can be used for formulating therapeutic plans. **AIM:** To present a case report which highlights the use of narrative case formulation to understand the psychological, social, and cultural factors forming the dominant discourse of a woman with ABI.

METHODS: Ms. VA, a 43-year-old female, presented herself with a diagnosis of hypoxic ischemic encephalopathy with small chronic infarcts with gliosis in the bilateral cerebellar hemisphere, myoclonic seizures, mild cognitive impairment, depression, generalized dystonia, and bronchial asthma. Along with neuropsychological rehabilitation and cognitive retraining, 25 sessions of psychotherapy using narrative formulation were performed.

RESULTS: Following the therapy, microgains such as a developing strong therapeutic relationship, accommodating vulnerability in her narrative, and finding moments of independence and assertion within the constraints of ABI were observed. Acceptance of her current predicament vis-à-vis her lost self and finding meaning in her new self were facilitated.

CONCLUSION: There is paucity of research detailing psychotherapeutic management of ABI, especially in India. Psychotherapy, particularly using narrative formulation, can be helpful in understanding the intersections of gender role and expectations, premorbid personality and ABI, and aiding the post-ABI rehabilitation and adjustment. Future work in this area can explore the socio-cultural aspects that play an important role in the therapy process.

АННОТАЦИЯ

ВВЕДЕНИЕ: Психотерапия является компонентом нейрореабилитации пациентов с приобретенным повреждением головного мозга (ППГМ). Предполагается значимая роль нарративной психотерапии, которая помогает пациентам осознать серьезные проблемы, обусловленные чувством идентичности больного и безвозвратных потерь, и их

связь с хроническими нарушениями функционирования. Этот метод помощи пациентам с ППГМ недостаточно исследован в Индии и других странах. Используемый авторами холистический медицинский подход требует изучения биологических, личностных и психосоциальных факторов, способствующих развитию малоадаптивного дискурса у пациента и неблагоприятному течению заболевания, а также снижающих эффективность терапии.

ЦЕЛЬ: Представить клинический случай применения нарративной психотерапии при реабилитации пациентки с ППГМ с психическими и функциональными нарушениями для изучения ее эффективности с учетом влияния не только клинических, но и личностных, психосоциальных и культурных факторов.

МЕТОДЫ: Проведена диагностика неврологических, психических, когнитивных и личностных нарушений в случае 43-летней женщины с диагнозом гипоксической ишемической энцефалопатии, проявляющейся легким когнитивным расстройством, генерализованной дистонией и миоклоническими судорогами, сопровождающейся депрессией и бронхиальной астмой. В рамках нарративного подхода был определен доминирующий дискурс и его связь с низким уровнем адаптации и восстановления пациентки. Проведены пять сессий нарративной психотерапии наряду со стандартной реабилитацией с нейрокогнитивными тренингами.

РЕЗУЛЬТАТЫ: С помощью нарративного подхода были созданы условия для принятия пациенткой текущих затруднений в связи с потерянной идентичностью и обнаружения смысла в развитии альтернативной идентичности. Показан ряд эффектов этой техники, позволивших выявить уязвимость доминирующего дискурса и изменить нарративное формулирование «Я» пациентки, что привело к повышению активности, самоконтроля пациентки и других психических функций, укреплению терапевтических отношений и результатов лечения в целом. Выявлены ограничения для нарративной терапии в связи с клиническими особенностями случая.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Представлен новый взгляд на нарративный подход как компонент реабилитации пациентов с ППГМ. Он способствует формированию реальных целей для пациента и психотерапии. Описание нарративного подхода позволяет терапевтам соотносить данный опыт с собственной практикой и внедрять его. Требуются дальнейшие работы для уточнения механизмов влияния психосоциальных и культурных факторов, в том числе современных тенденций в изменении гендерных ролей, на эффективность лечения в сходных случаях.

Keywords: *case report; narrative therapy for ABI; neuropsychological rehabilitation*

Ключевые слова: *клинический случай; нарративная терапия при ППГМ; нейропсихологическая реабилитация*

ВВЕДЕНИЕ

Приобретённое повреждение головного мозга (ППГМ) и в особенности травматическое повреждение головного мозга (ТПГМ) вносят значительный вклад в показатели смертности и инвалидности, причём чаще всего в странах с низким и средним уровнем дохода [1]. В Индии опубликованных данных литературы, касающихся общего бремени заболевания, демографических характеристик и вмешательств при ППГМ, недостаточно [2, 3]. В обнаруженной нами литературе особое внимание уделяется документированию нейрофизиологических аспектов ТПГМ, а описанные процессы лечения в основном сосредоточены на хирургическом вмешательстве [4]. Таким образом, исследования

ещё более ограничены в отношении нейропсихологической реабилитации и психотерапевтического лечения людей с травмами головного мозга [5], а именно в этой подгруппе пациентов недостаточно представлены исследования по психосоциальной терапии женщин. Имеются основания полагать, что у женщин с ТПГМ возможны уникальные пути психосоциального восстановления. К ним относятся мониторинг влияния травм головного мозга на регулирование социокультурных ожиданий женщин, а также развитие новой личности, например, в случае материнства, наступившего после травмы [6]. Единственный случай психосоциальной терапии ТПГМ у женщин, опубликованный в Индии, был описан М. Banerjee и соавт. в 2021 году.

Эта работа подчеркнула важность холистического реабилитационного подхода, который придаёт особое значение складному повествованию о себе [7].

В ходе исследований, выполненных в течение последних 3 десятилетий, было отмечено, что нарративная терапия может привести к значительному улучшению процесса восстановления утраченного чувства собственного «я» и принятия новой реальности в связи с проблемами, возникшими у пациента после ТПГМ [8]. Нарративная терапия признаёт связь между знаниями, языком, властью и жизненным опытом человека или нарративами. Такие нарративы строятся на основе социальных, семейных и индивидуальных факторов и отражают проблемы, с которыми сталкивается человек. Терапия помогает пациентам отойти от этих нарративов и разработать новые, которые охватывают не только проблемы [9]. После ТПГМ людям необходимо деконструировать представление о себе и изменить свою личность, чтобы она соответствовала новому образу жизни [10]. Нарративный подход может помочь практикующим врачам, обеспечивая теоретическую строгость, расширяя возможности для размышлений о факторах, влияющих на взгляды людей на свое «я», и в других случаях предлагая неочевидные стратегии вмешательства [11].

В представленном нами клиническом случае описано использование нарративного подхода в ходе психотерапии женщины с ППГМ, проживающей в Индии. Цель описания клинического случая — выделить уникальные психосоциальные проблемы пациентки, с которыми она столкнулась в связи с ППГМ, и то, как эти проблемы были включены в её новую личность.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

О пациенте

Пациентка В.А., замужняя женщина 43 лет, бакалавр технических наук, имеет средний социально-экономический статус, работала менеджером в международной компании. Поступила с диагнозом «Гипоксически-ишемическая энцефалопатия с небольшими участками хронического инфаркта и глиоза в 2 полушариях мозжечка, миоклонические судороги, умеренные когнитивные нарушения, генерализованная дистония и бронхиальная астма». У пациентки также была диагностирована депрессия. Все диагнозы установлены согласно Международной классификации болезней 11-го пересмотра.

Пациентка чувствовала себя хорошо вплоть до июля 2016 г., когда у неё внезапно случился приступ астмы. Когда она поняла, что ей необходима медицинская помощь, то позвонила родителям, чтобы те позаботились о её детях, которых она не хотела оставлять одних. Состояние пациентки ухудшилось, и в больнице у неё произошла остановка сердца. После экстренного оперативного вмешательства она впала в кому, которая продлилась 3 недели.

Следующие 2 года после выписки из стационара пациентка восстанавливалась и находилась под наблюдением медицинских работников (неврологов, кардиологов, пульмонологов и физиотерапевтов), которые заботились о её соматическом здоровье. На момент обращения к нам она испытывала трудности при ходьбе и передвигалась в инвалидной коляске. Она была не в состоянии самостоятельно выполнять повседневные бытовые действия и не могла вернуться на работу. В нашу больницу, которая является высокоспециализированным учреждением, оказывающим психиатрическую помощь, ей посоветовал обратиться друг, который пережил аналогичную ситуацию и обратился за помощью к автору статьи в конце 2018 г. Пациентка обратилась в отделение клинической нейропсихологии в нашей больнице в первую очередь для нейропсихологического обследования и лечения, поскольку испытывала трудности с концентрацией внимания и такие проблемы, связанные с настроением, как отсутствие мотивации, энергии и интереса к выполнению повседневной деятельности, а также с целью приспособиться к ограничениям после ППГМ. В январе 2019 г. пациентка прошла нейропсихологическое обследование, и был начат курс когнитивной терапии.

Анамнез жизни

В анамнезе у пациентки имеется бронхиальная астма в детском возрасте.

Также из анамнеза известно, что пациентка преуспевала в учёбе, получая отличные оценки. Своей специальностью она выбрала машиностроение, в группе была единственной девушкой. По роду занятий пациентка занимала руководящую должность в международной организации, в которой работала после окончания учёбы, и как раз находилась в процессе запуска нового продукта, когда у нее развился приступ с последующим повреждением головного мозга. В конце обучения у пациентки произошли

романтические отношения, которые завершились браком. Живёт с мужем и двумя дочерьми.

Преморбидный анамнез

Пациентка всегда была очень амбициозной личностью и часто сравнивала себя с другими людьми. У неё имелись черты личности типа А [12], она была перфекционисткой и возлагала большие надежды на себя и других. Она строго следовала распорядку дня и, казалось, повышала свою самооценку посредством постоянного обучения. В число её хобби входило приготовление пищи и занятие такими экстремальными видами спорта, как прыжки с парашютом, где она также проявляла перфекционизм. У неё были друзья, с которыми удалось сохранить дружбу на протяжении длительного периода времени.

Семейный анамнез

Пациентка — первый ребенок, рождённый в некротном браке. Её родители были успешными людьми и возлагали на неё большие надежды. Отец придерживался строгого воспитания. Связь с отцом через 3-е лицо была нормой, поскольку пациентка общалась с отцом через мать.

Анамнез болезни

У пациентки диагностировали следующие заболевания и состояния.

1. Бронхиальная астма: в настоящее время никаких лекарственных препаратов не принимает. В экстренных случаях использует ингалятор.
2. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия с небольшими участками хронического инфаркта с глиозом в 2 полушариях мозжечка, миоклонические судороги и генерализованная дистония. Лечение этих заболеваний проводится медикаментозно под контролем команды неврологов другой больницы. Подробности о принимаемом препарате на данный момент недоступны. Также пациентка проходила физиотерапию для улучшения походки. Кроме того, она пробовала такие традиционные лечебные практики, как аюрведа.
3. Умеренные когнитивные нарушения. Было проведено 12 сеансов когнитивной терапии на основании нейрокогнитивных нарушений, выявленных посредством нейропсихологического обследования.

КЛИНИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ

На момент начала когнитивной терапии пациентке был установлен диагноз: «Миоклонические судороги, генерализованная дистония и дизартрия». В мае 2019 г. с ней начал работать психотерапевт. При дальнейшем обследовании пациентка сообщила, что разочарована собой, чувствует беспомощность из-за отсутствия независимости в выполнении повседневной деятельности и испытывает чувство безнадежности. Это привело к проблемам в межличностных отношениях с членами семьи, поскольку они подталкивали её к совершению каких-либо действий, а затем ругали её, когда она не могла их выполнить, что также усиливало ощущение бесполезности. Таким образом, на основании клинических наблюдений к исходному диагнозу была добавлена депрессия. Было принято решение о начале проведения нарративной психотерапии.

ХРОНОЛОГИЯ

- В анамнезе — бронхиальная астма в детском возрасте.
- Гипоксическая травма головного мозга в июле 2016 г., кома до августа 2016 г.
- Во время первого обращения пациентки в отделение нейропсихологии в конце 2018 г. были проведены диагностические обследования, и в январе 2019 г. начата когнитивная терапия.
- Текущий период психотерапии с мая 2019 по июнь 2020 г. состоял из 25 сеансов с частотой их проведения от 1 раза/нед. до 1 раза/мес. в зависимости от готовности и доступности пациентки.

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

Нейропсихологическое обследование

Нейропсихологическое обследование было проведено за 2 сеанса в январе 2019 г. в нейропсихологическом отделении больницы, с которой сотрудничал автор — доктор Ш. Хегде. Обследование проводили под руководством Ш. Хегде.

Ниже перечислены наблюдения за поведением во время нейропсихологического обследования. Двигательные функции пациентки были нарушены, поскольку для передвижения ей требовалась инвалидная коляска. Сенсорные функции в целом находились в пределах нормы; пациентка использовала очки для чтения. Пациентка была в сознании, бдительна и ориентировалась во времени, месте и личности.

Таблица 1. Результаты нейропсихологического обследования пациентки

Функции	Тест
Нейрокогнитивные функции, находящиеся в пределах нормы	
Сконцентрированное внимание	Тест цветных дорожек 1
Переключение внимания	Тест цветных дорожек 2
Вербальная рабочая память	Тест на вербальную рабочую память n-back (состояние back 1 и 2)
Визуальная рабочая память	Объём зрительно-пространственной памяти
Проблемно-решающее поведение	Тест «Башня Лондона»
Смещение установок	Висконсинский тест сортировки карточек
Беглость речи	Вербальные ассоциации на заданную букву
Скорость определения категорий	Тест по названиям животных
Распознавание лиц	Тест запоминания лиц (удерживание)
Нейрокогнитивные функции, находящиеся в диапазоне нарушений (<15-го перцентиля, %, относительно нормальных значений, принятых в Индии)	
Длительно удерживаемое внимание	Тест определения цифр
Быстрота мышления	Тест шифровки цифр
Тормозной контроль	Тест Струпа
Распознавание лиц	Тест запоминания лиц (немедленное и отложенное запоминание)
Вербальная память	Слуховой вербальный обучающий тест Рей
Вербальное научение	Слуховой вербальный обучающий тест Рей

Примечание: Были выполнены отдельные тесты из множества нейропсихологических тестов NIMHANS [13]. Результаты сравнивали с соответствующими нормативными данными по возрасту, образованию и полу, принятыми в Индии.

Внимание можно было привлечь, но было трудно поддерживать. Пациентка адекватно воспринимала информацию, говорила с трудом, речь была невнятной. Во время обследования обращали на себя внимание ограниченность движений, нарушение координации и миоклонические подёргивания.

У неё имелась мотивация завершить обследование, результаты которого представлены в табл. 1. При клиническом неврологическом обследовании не было обнаружено таких теменных очаговых симптомов, как визуальная агнозия, агнозия формы, цветовая агнозия, пальцевая агнозия, тактильная агнозия, идеомоторная апраксия, идеаторная или буккофациальная апраксия.

ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ

Проводили следующие лечебные мероприятия:

1. Когнитивная терапия.
2. Нарративная психотерапия.

Когнитивная терапия

По результатам обследования пациентке была запланирована когнитивная терапия с использованием как

традиционных задач когнитивной терапии, так и методик неврологической музыкальной терапии [14]. Этот комплексный план включал в себя следующие компоненты:

1. Подготовка ритма речи для улучшения ясности и просодии речи.
2. Ритмичное постукивание одной и обеими руками для улучшения внимания и тормозного контроля.
3. Ритмичное размещение блоков с использованием заданий с применением метронома на доске Миннесоты для улучшения внимания и тормозного контроля.
4. Временное кодирование — начиная с набора из 6 слов для улучшения вербального научения и памяти.
5. Задание с использованием блоков для улучшения визуально-пространственного построения.
6. Развитие мелкой моторики путём письма (это также служило методом терапевтического письма).

План когнитивной терапии был реализован в виде 12 сессий, начиная с января 2019 г. Работу проводил другой врач-стажёр под руководством доктора

Ш. Хегде, которая выполняла нейропсихологическое обследование. Согласно политике больницы, врач-стажёр покинул отделение, и эта программа когнитивной терапии была передана автору статьи М. Махаджан, которая стала основным лечащим врачом пациентки В.А. Её курировал автор статьи. За это время она заметила симптомы депрессии (как упоминалось выше), и после консультации ответственного врача была начата психотерапия с целью решения этих проблем. В качестве метода терапии выбрана определена нарративная терапия, поскольку оказалось, что отсутствие мотивации, энергии, чувство безнадежности, беспомощности и бесполезности были концептуализированы как следствие её неспособности примирить своё настоящее «Я» с прошлым «Я».

Описанный ниже процесс психотерапии был реализован примерно за 25 сеансов в течение 10 мес. с частотой от 1 раза/нед. до 1 раза/мес. Иногда пациентка пропускала сеансы, поскольку что у неё были запланированы другие встречи, совпадавшие со временем сеанса, или делала перерывы, чтобы сосредоточиться исключительно на физической реабилитации после получения травм, связанных с судорогами. Также из-за отсутствия мотивации и энергии ей было трудно добираться до места проведения сеансов психотерапии. За это время у неё произошёл ещё один приступ астмы, из-за которого она была госпитализирована и не смогла посещать сеансы психотерапии. Вышеперечисленные ситуации приводили к перерывам в процессе терапии. Если причинами неявки на сеанс были трудности с планированием времени или отсутствие мотивации, у пациентки активизировалось желание решить проблемы. Однако если перерыв в терапии происходил из-за падения или проблем со здоровьем, это вызывало прошлые травматические воспоминания, которые нужно было проработать. Более длительный перерыв был вызван изоляцией из-за COVID-19, так как было необходимо принять меры предосторожности для сохранения здоровья пациентки. Терапия была прекращена в июне 2020 г., поскольку лечащий врач уехал с места своего обучения, а изоляция продолжалась. Автор статьи Ш. Хегде проводила последующие сеансы терапии по телефону и обеспечивала поддерживающую терапию для основных лиц, осуществляющих уход за пациенткой.

Нарративное психотерапевтическое воздействие

Была начата психотерапия с целью помочь пациентке осмыслить свой опыт. Основой терапевтического процесса послужил нарративный подход, принципы которого описаны далее.

Он основан на постструктурной нарративной модели Т. Мeehan и М. Guilfoyle, целью которой является получение ответов на следующие вопросы [11].

1. Кем представляет себя пациент? (в нарративе это позиционирование себя самим человеком).
2. Как пациент научился таким образом выстраивать поведение в данной конкретной ситуации? (это оценивают по изложению мыслей, которые люди используют, чтобы понять себя).
3. Какой вклад в это изложение мыслей внесли я и другие? (оценивают по нормализующим суждениям, которые высказываются в отношении себя и других).
4. Какие стороны жизни пациента, которые затем можно включить в новые изложения, не были им раскрыты?

Позиция субъекта. Нарративная терапия подчеркивает веру в то, что люди участвуют в понимании своей жизни и личности путём создания нарративов [15]. Такой подход «помещает» личность или самоощущение человека в созданный им нарратив. Это приводит к явным или неявным выводам о личности человека (то есть это истории о человеке).

Позиция субъекта в рассматриваемом случае — это позиция потерянного «Я». Наша пациентка была «суперженщиной» — человеком, находящимся на вершине своей карьеры и жизни: она успешно работала, была амбициозной, легко и непринуждённо справлялась с домашними делами и материнством. Однако её нынешняя личность — это «слабый, искалеченный человек», не способный выполнять никакие задачи, что настолько далеко от её потерянного «Я», что пациентке трудно принять это как реальность.

Изложение мыслей. То, как люди излагают свои мысли, подчёркивает, каким образом они выстраивают позиции субъекта. Именно поэтому эти позиции можно рассматривать как последовательную кристаллизацию динамики власти/знаний, которую поддерживает общество [16]. В свою очередь, это отражает и закрепляет особую динамику власти.

В нашем случае изложение мыслей пациентки, которое выстраивает, обеспечивает или поддерживает позицию субъекта на проблему, заключено в идее быть успешной матерью. В изложении мыслей пациентки можно выделить 2 основные линии. Одна линия — пациентка была идеальной, безупречной, всегда успешной в делах, у неё никогда не было ошибок или уязвимых мест. Другая линия — мать, которая придерживалась этих стандартов даже в воспитании детей. В настоящее время пациентка не может выполнять свои обязанности, связанные с материнством, так, как она это делала до ППГМ. Без этих стандартов пациентка чувствует себя растерянной. Когда-то она была настолько погружена в эту личность, что теперь не может полностью освободиться от неё. Она не может ни выполнять эти стандарты, ни забыть о них.

Нормализация суждений. М. Foucault показал, как изложение мыслей помогает создавать системы норм и ценностей, которые используются для эффективного формирования позиций людей по отношению друг к другу [17]. Это позволяет людям в неявной форме ранжироваться друг относительно друга на основе их воспринимаемой ценности или статуса (например, стандартов успеха, красоты и прочих позиций, принятых в обществе). Такая система гарантирует принципиально реляционный характер позиций людей, то есть люди ранжируются иерархически. Более того, на изложение мыслей влияет согласование социальной деятельности, в которой участвуют люди, с целью сохранения этих ценностей, норм и позиций [18]. В данном случае пациентка выше ценит потерянное «Я», чем новое «Я», исходя из собственных стандартов, а также стандартов членов своей семьи. Ей постоянно напоминают о том, какой замечательной она

была, а теперь она не такая. Окружающие люди не ценят маленькие шаги, которые она делает, а, скорее, на них смотрят свысока, поскольку они не находятся на том же месте, что и она раньше. Другим источником этих суждений является её позиция по отношению к своим сверстникам, которые сохранили статус успешных людей. Потерянное «Я» связано с ними, а новое «Я» — нет. Пациентка исключена из нарратива, частью которого она когда-то была.

Потерянные нарративы. В концепции нарративной терапии придерживаются идеи о том, что у людей существует несколько культуральных систем представлений о ценностях (дискурсов), и что люди для описания себя выбирают более одного конкретного дискурса [16]. Дискурсам, которые насыщены проблемами, можно сопротивляться. Такое сопротивление и случаи, когда человек становится чем-то «более значимым, чем» проблемные ситуации, являются «уникальными исходами». У нашей пациентки было совместно сформировано 2 типа уникальных исходов. Её потерянное «Я» можно охарактеризовать как совершенство, а настоящее «Я» — как несовершенство. Были организованы пространство для обучения, ошибок и проигрыши ситуации, в которых пациентка не была самой лучшей, и даже те ситуации, где она раньше была идеальной. В то же время в её нынешнем понимании того, что жизнь наполнена проблемами, появилось чувство удовлетворённости своими усилиями, когда она гордилась тем, что сумела преодолеть свои недостатки. Эта информация обобщена в табл. 2.

От плана к терапии

Проблема в описанном нами случае заключалась в том, каким образом черты личности пациентки

Таблица 2. Краткое изложение основ нарративной терапии, применённой для пациентки

Основы нарративной терапии	С точки зрения пациентки
Позиции субъекта	Потерянное «Я» — «суперженщина»: на пике своих возможностей как в профессиональной, так и в личной сфере. Настоящее «Я»: слабая, искалеченная и неспособная выполнять свои обязанности.
Дискурсы	Успешный человек и мать: в настоящее время она не является ни успешным человеком, ни активной матерью. Она не может полностью погрузиться в эти личности и не может избежать выполнения этих функций.
Нормализация суждений	Как пациентка, так и члены её семьи ставят потерянное «Я» выше настоящего «Я». Она не та, кем была раньше. Её коллеги сохранили свои должности, а она не смогла.
Потерянные нарративы	Организованы пространство для обучения, ошибок, проигрыши ситуации, в которых пациентка не была самой лучшей, и даже те ситуации, где пациентка была идеальной. Возникли чувство удовлетворённости своими усилиями и гордость за то, что она преодолела свои недостатки.

до заболевания пересекались с основами нарративной терапии. Пациентка и члены её семьи возлагали на неё большие надежды. Столкнувшись с неизбежностью своей неспособности делать всё так, как раньше, она отказалась от сотрудничества. Например, она не участвовала в сеансах когнитивной терапии, поскольку не могла выполнять задачи так, чтобы её это удовлетворяло. Вместо этого она спала. Также она не просила о помощи и не признавала, что ей трудно выполнять какие-либо действия; вместо этого она отстранилась от всех и держала других людей (в том числе своего лечащего врача) на расстоянии. Принимая во внимание эти проблемы, план терапии пациентки В.А. заключался в использовании основ нарративной терапии для определения позиций субъекта и изложения мыслей при описании себя и понимании суждений, которые она, казалось, для себя нормализовала.

Определённые моменты терапии раскрыли уникальные исходы. Поиск уникальных исходов, противоречащих доминирующему дискурсу, является первым шагом на пути к альтернативному образу мыслей. Например, когда без помощи своей матери пациентка стала активной и смогла сама бороться со сном, это привело к тому, что она стала воспринимать себя как человека, способного управлять своим временем. Это стало расхождением с представлением пациентки о том, что её жизнь наполнена проблемами, которыми она не может управлять при помощи воли. Подобные эпизоды были рассказаны и пациенткой. Они помогли «утвердить» альтернативное изложение мыслей, то есть сделать альтернативное изложение мыслей чётким и подробным. Ещё одним важным переломным моментом стал тот, когда она оставила в прошлом свою мужественную, бесцветную и бесстрастную маску. Во время сеанса терапии она выразила страх, что потеряла важные годы взаимодействия с младшей дочерью из-за комы. Пациентка рассказала, что её старшая дочь ждёт, чтобы она стала такой, какой была раньше. Она разочарована, что не может оправдать ожиданий ребёнка. Кульминацией оказалось то, что она не выдержала и заплакала из-за чувства потери себя, а также из-за того, что её дети потеряли мать. Особенно она была подавлена из-за своей младшей дочери, поскольку пациентка более не могла быть той матерью, которой была раньше. Пациентка боялась, что

младшая дочь увидит в ней мать, неспособную о ней позаботиться. Эти нарративы отражали её воспоминания о том, как она была идеальной матерью, которой больше не является. Таким образом, обсуждались возможности восстановления аспектов её личности в роли матери. Например, поучаствовать в создании дизайна блюда или поискать рецепты в Интернете, пока старшая дочь печёт. Обсуждалось проведение личного времени с младшей дочерью за играми и просмотром мультфильмов по её выбору. Младшая дочь начала превращать её упражнения по когнитивной терапии в игру. В трудный день она смотрела на фотографии, на которых она играла с дочерьми, которые напоминали ей, что она всё ещё может выполнять некоторые свои материнские обязанности. Да, она мать с функциональными нарушениями, но она не просто мать-инвалид. Эта экстернализация её инвалидности как проблемы, с которой можно справиться, помогла пациентке вернуть интерес к жизни.

В то же время было важно восстановить свою личность не только в роли матери. Например, однажды пациентка забыла инвалидную коляску и пошла на сеанс с поддержкой. Этот факт был использован как возможность подтвердить её уникальный исход: ей не нужно быть постоянно прикованной к коляске. С тех пор она самостоятельно добиралась до места проведения сеансов терапии, что рассматривали как некую модель квеста, подчёркивающую её триумф над трудностями, и это помогало пациентке в формировании личности бойца. Во время другого обсуждения пациентка касалась темы вероятности возобновления работы (Сможет ли она вернуться в офис? Стоит ли ей преподавать? Следует ли ей сосредоточиться на ходьбе без поддержки или с некоторой поддержкой?). Во время обсуждения этих тем перечислялись плюсы и минусы каждого решения и их подцели.

В итоге были определены позиции субъекта с её стороны, изложение мыслей и нормализованные суждения. Она отказалась от них и сформировала свою новую личность с уникальными исходами (такими как развитие и углубление альтернативного изложения своих мыслей, экстернализация проблем и активные усилия по их решению и «модель квеста», подчёркивающая победу над трудностями), которые она теперь заметила, используя методы нарративной терапии.

ПОСЛЕДУЮЩЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ И РЕЗУЛЬТАТЫ

Поскольку во время пандемии COVID-19, когда лечащий врач покинул место своего обучения, терапию пришлось прекратить, нам не удалось произвести оценку состояния пациентки после лечения. Тем не менее ответственный врач общался с ней по телефону и поддерживал связь с членами её семьи, обеспечивая тем самым некоторую преемственность. Определённый микроуспех в терапии помог построить прочный терапевтический альянс с лечащими и другими врачами, что помогло пациентке в восстановлении и предоставило ей безопасное пространство для принятия своей уязвимости и пересмотра взглядов. Произошли положительные изменения в её настроении (как по наблюдениям окружающих, так и по мнению самой пациентки), появилось больше мотивации и энергии в постановке и достижении реалистичных целей, наблюдалось улучшение в социальном взаимодействии, кроме того, пациентка начала работать удалённо. В целом общие усилия многопрофильной команды, членов семьи, клинического руководителя и самой пациентки привели к тому, что произошло значительное улучшение её социально-профессиональной деятельности. Эти улучшения были связаны с переходом от личности больного человека к альтернативному изложению мыслей, сформированному в результате нарративной терапии.

ОБСУЖДЕНИЕ

Основное внимание в нашей работе уделено важности использования основ нарративной терапии в психотерапии женщины, перенёвшей ППГМ, как части целостного подхода к нейропсихологической реабилитации. Это уникальный случай для Индии, поскольку литература по лечению ТПГМ в странах с низким и средним уровнем дохода традиционно сфокусирована на хирургических вмешательствах и редко освещает проводящуюся психотерапевтическую работу или необходимость в таком подходе [4]. Литература по психотерапии, опубликованная в Индии, больше сосредоточена на психических расстройствах, и очень мало клинических случаев посвящено пониманию эффективности психотерапии в лечении ППГМ. В нашем клиническом случае освещены уникальные проблемы, с которыми сталкиваются женщины с ППГМ, и способы их решения

путём интеграции их новой личности в возложенные на них психосоциальные ожидания. Важным ограничением данного наблюдения является тот факт, что это единичный случай, и, следовательно, обобщение результатов затруднительно. Также процесс терапии часто прерывался из-за проблем со здоровьем пациентки и ввиду её ограниченной доступности. По тем же причинам невозможно было провести несколько оценок, которые могли бы дать информацию о процессе происходящих перемен. Всё это представляет собой практические проблемы, которые имеют место у ряда неврологических и нейрохирургических пациентов. Формальную оценку результатов терапии провести не удалось из-за практических проблем. Однако, как упоминалось выше, ответственный врач обеспечил некоторую преемственность в этом вопросе. Наконец, представленный клинический случай не включает точку зрения лица, осуществляющего уход, что важно для достижения целостного понимания проблемы ППГМ.

При психотерапии людей с ППГМ делается упор на совместный терапевтический альянс, чтобы улучшить осведомлённость пациентов и помочь им принять их новую личность, а также для порождения надежды и смысла жизни [19]. Это приводит к развитию нового понимания себя в контексте пола, психосоциальных ожиданий и культурной среды [20]. Нарративная терапия — это один из способов помочь людям с ППГМ деконструировать и совместно сформировать свои жизненные истории, которые можно использовать в нейрореабилитации [21], что облегчает принятие определённой степени неизбежности, суровой реальности жизни пациентов и позволяет им строить новые нарративы, чтобы осмыслить свой опыт, понимая, что новые нарративы ограничены их травмами, но не игнорируются ими [10].

В контексте литературы, опубликованной в Индии, пол влияет на жизненные истории людей [22]. Женские характеристики, представленные в таких навыках, как приготовление пищи и забота о других, являются частью процесса социализации. Материнство у индийских женщин доминирует в изложении важных мыслей о жизни [23]. С приходом индустриализации и либерализации женщин также поощряют стремиться к успеху в карьере [24]. Таким образом, ожидается, что женщины добьются успеха в этих сферах как самостоятельно, так и с помощью других.

Все эти личности могут быть изменены после травмы. Следовательно, психотерапия женщин с ППГМ признаёт важность этих социальных и культурных ожиданий. Она также признаёт индивидуальные различия, которые играют роль в том, как воспринимаются изменения ролей, и как инвалидность влияет на жизнь женщин и на их взаимодействие с членами семей [6]. Нарративная терапия с её акцентом на взаимодействии и влиянии знаний, языка и власти на историю человека способна учесть эти уникальные соображения. Основные принципы и методы, используемые в нарративной терапии, могут помочь пациенту не стать полностью зависимым от этих культурально обусловленных систем представления о ценностях-дискурсах [9].

Основа нарративной терапии может послужить важной теоретической конструкцией, позволяющей понять, как разные личности удерживают человека в ловушке историй о своих проблемах, и реализовать стратегии вмешательства для обеспечения уникальных результатов для них [11]. Таким образом, нарративная терапия может использоваться в реабилитации для восстановления связи с прежним «я», принятия своей новой личности, вселения надежды и подчёркивания чувства собственной значимости у пациентов с ППГМ в их социокультурной среде. Это особенно полезно для содействия расширению прав и возможностей, самоопределения, независимости и защиты интересов. Однако нарративная терапия не может применяться во всех без исключения ситуациях. Из-за сильной зависимости от способности человека говорить этот метод не подходит лицам с тяжёлыми когнитивными нарушениями и недостатком понимания.

Ключевым выводом из представленного нами клинического случая является акцент на важности принятия судьбоносных изменений при последствиях в физической, когнитивной и социальной сфере, которые сопровождают ППГМ. Комплексная программа нейрореабилитации должна включать создание полноценной жизни в условиях ограничения травмой. Психотерапевтам и практикующим врачам необходимо сосредоточиться на понимании горя из-за потери чувства собственного достоинства, сохраняя при этом понимание человека в целом, а не только сферы, определяемой его проблемами. Это предполагает признание сильных сторон пациента

и одновременное принятие новых ограничений, возникших после ППГМ. Психотерапевты и практикующие врачи должны быть готовы к чувству беспомощности и отчаяния, которое может возникнуть при работе с пациентами с ППГМ. В частности, что касается работы в контексте нарративной терапии, необходима дополнительная подготовка для того, чтобы понять влияние языка, осознать своё собственное понимание доминирующего изложения мыслей и способность оставаться настойчивыми в достижении уникальных результатов. Помимо необходимости дальнейшего обучения, некоторые из ограничений применения метода в условиях Индии включают нехватку подготовленных специалистов, высокую нагрузку и распространённость высоких психосоциальных барьеров, препятствующих обращению за психиатрической помощью.

Наш клинический случай представляет собой попытку продемонстрировать, как можно использовать нарративное формулирование случая для понимания психосоциальных и культурных факторов, которые способствуют доминирующему изложению мыслей у женщины с ППГМ, что легло в основу разработки стратегий вмешательства для поиска альтернативного изложения мыслей и открытия для пациентки уникальных результатов. Это позволило добиться микропользы в терапии, а именно создания сильного терапевтического альянса, предоставления возможности показать себя уязвимой и содействия независимости и самоутверждению в условиях ограничений, вызванных ППГМ. Принятие своей новой личности с надеждой на будущее позволило пациентке придать некоторый смысл своему нынешнему затруднительному положению. Дальнейшая работа по направлениям нарративной терапии будет включать усиление стрессоустойчивости и развитие сильных сторон пациентов. Можно рассмотреть возможность совместного формирования значения несчастного случая и его последствий, одновременно скорбя о потере здорового «я», используя специальную форму нарративной терапии, называемую «нарративная экспозиционная терапия», разработанную специально для случаев травмы. Клинические нейропсихологи могут сосредоточиться на целостной оценке людей с ППГМ, уделяя особое внимание пересечению личности до травмы и при ППГМ и составляя для них индивидуальные планы психотерапии. Комплексное

вмешательство может также включать опрос лиц, осуществляющих уход, и оказание им поддержки.

История публикации

Статья поступила: 29.11.2023

Статья принята: 12.03.2024

Опубликована онлайн: 20.03.2024

Благодарности: Мы хотели бы выразить нашу благодарность госпоже В.А. и её семье за то, что они позволили нам поделиться их историей.

Вклад авторов: Все авторы внесли значительный вклад в создание статьи.

Финансирование: Статья не имела спонсорской поддержки.

Конфликт интересов: Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Цитировать:

Махаджан М., Хегде Ш., Синха С. От потерянного «Я» к новому «Я»: описание клинического случая применения нарративной терапии у пациентки с приобретенной травмой головного мозга // Consortium Psychiatricum. 2024. Т.5, №1. СР15477. doi: 10.17816/CP15477

Информированное согласие: Пациентка подписала информированное согласие на публикацию данных.

Сведения об авторах:

Мриналини Махаджан, М.Phil (клиническая психология), МА (прикладная психология со специализацией в клинической психологии), клинический психолог (частнопрактикующий); ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3779-8437>

***Шантала Хегде**, М.Phil (клиническая психология), доцент кафедры клинической психологии, Центр нейропсихологии и когнитивных нейронаук, Национальный институт психического здоровья и нейронаук, Wellcome DBT India Alliance Intermediate Fellow, Центр клинической нейропсихологии и когнитивных нейронаук, лаборатория музыкального познания, отделение клинической психологии, Национальный институт психического здоровья и нейронаук; ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3805-3397>
E-mail: shantalah@nimhans.ac.in

Санджиб Синха, профессор кафедры неврологии, Национальный институт психического здоровья и нейронаук

*автор, ответственный за переписку

Список литературы

1. Rubiano AM, Carney N, Chesnut R, Puyana JC. Global neurotrauma research challenges and opportunities. *Nature*. 2015;527(7578):S193–7. doi: 10.1038/nature16035
2. 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):65–9. doi: 10.4103/2229-5151.183025
3. Massenburg BB, Veetil DK, Raykar NP, et al. A systematic review of quantitative research on traumatic brain injury in India. *Neurol India*. 2017;65(2):305–14. doi: 10.4103/neuroindia.NI_719_16
4. Agrawal A, Savardekar A, Singh M, et al. Pattern of reporting and practices for the management of traumatic brain injury: An overview of published literature from India. *Neurol India*. 2018;66(4):976–1002. doi: 10.4103/00283886.237027
5. Afsar M, Shukla D, Bhaskarapillai B, Rajeswaran J. Cognitive retraining in traumatic brain injury: experience from tertiary care center in southern India. *J Neurosci Rural Pract*. 2021;12(02):295–301. doi: 10.1055/s-0041-1722817
6. Mukherjee D, Reis JP, Heller W. Women living with traumatic brain injury: Social isolation, emotional functioning and implications for psychotherapy. *Women and Therapy*. 2003;26(1–2):3–26. doi: 10.1300/J015v26n01_01
7. Banerjee M, Hegde S, Thippeswamy H, et al. In search of the 'self': Holistic rehabilitation in restoring cognition and recovering the 'self' following traumatic brain injury: A case report. *NeuroRehabilitation*. 2021;48(2):231–42. doi: 10.3233/NRE-20801
8. 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):775–88. doi: 10.3109/02699052.2013.775487
9. *Narrative approaches to brain injury*. 1st ed. Todd D, Weatherhead S, editors. Routledge; 2018 Mar 21. 252 p.
10. Morris SD. Rebuilding identity through narrative following traumatic brain injury. *Journal of Cognitive Rehabilitation*. 2004;22(2):15–21.
11. Meehan T, Guilfoyle M. Case formulation in poststructural narrative therapy. *Journal of Constructivist Psychology*. 2015;28(issue 1):24–39. doi: 10.1080/10720537.2014.938848
12. Friedman HS, Booth-Kewley S. Personality, type A behavior, and coronary heart disease: the role of emotional expression. *J Pers Soc Psychol*. 1987;53(4):783. doi: 10.1037/0022-3514.53.4.783
13. Rao SL, Subbakrishna D, Gopukumar K. NIMHANS neuropsychology battery-2004, manual. National Institute of Mental Health and Neurosciences; 2004. 267 p.
14. *Handbook of neurologic music therapy*. Thaut MH, Hoemberg V, editors. Oxford University Press; 2014. 384 p.
15. White M, Epston D. *Narrative means to therapeutic ends*. 1st ed. WW Norton & Company; 1990. 229 p.
16. Foucault M. Power/knowledge. In: *Selected interviews and other writings 1972–1977*. Gordon C editor. New York: Harvester Wheatsheaf; 1980. 270 p.
17. Foucault M. *Discipline and punish: The birth of the prison*. London: Penguin; 1977.
18. Rouse J. Power? Knowledge. Gutting G, editor. In: *the Cambridge companion to Foucault*. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 1994.
19. Prigatano GP. Challenges and opportunities facing holistic approaches to neuropsychological rehabilitation. *NeuroRehabilitation*. 2013;32(4):751–9. doi: 10.3233/NRE-130899

20. Klonoff PS. Psychotherapy after brain injury: Principles and techniques. Guilford Press; 2010 Jun 9.
 21. Biggs HC, Hinton-Bayre AD. Telling tales to end wails: Narrative therapy techniques and rehabilitation counselling. *Australian Journal of Rehabilitation Counselling*. 2008;14(1):16–25. doi: 10.1375/jrc.14.1.16
 22. Rao GP, Vidya KL, Sriramya V. The Indian “girl” psychology: A perspective. *Indian J Psychiatry*. 2015;57(Suppl 2):S212–25. doi: 10.4103/0019-5545.161480
 23. Bhambhani C, Inbanathan A. Not a mother, yet a woman: Exploring experiences of women opting out of motherhood in India. *Asian journal of women's studies*. 2018;24(2):159–82. doi: 10.1080/12259276.2018.1462932
 24. Datta S, Agarwal UA. Factors effecting career advancement of Indian women managers. *South Asian Journal of Business Studies*. 2017;6(3):314–36. doi: 10.1108/SAJBS-07-2016-0062
-