

---

## *Обзоры и рецензии*

---

# **ЧЕЛОВЕКОЦЕНТРИРОВАННЫЙ ПОДХОД В МЕДИЦИНЕ НА ПРИМЕРЕ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ**

**Н.А. ВАРАКО**

---

### **Резюме**

Последние несколько десятилетий в традиционной нейропсихологической реабилитации больных с повреждениями мозга произошли важные перемены. Часть из них связана с расширением понятия «нейрореабилитация» и включением в него психотерапевтического компонента как обязательного. Исторически нейрореабилитацию понимали как синоним когнитивной реабилитации, не включая в сферу специальной деятельности реабилитационной команды собственно психотерапевтическую составляющую. Такое человекоцентрированное изменение связано с анализом эффективности различных реабилитационных программ и пониманием важности работы с эмоционально-личностной сферой пациентов, их семей, а также сотрудников клиник и реабилитационных центров. В предлагаемой статье содержится обзор таких программ и подходов. Одна из первых программ по реабилитации с применением психотерапевтической помощи больным с повреждениями мозга была разработана и успешно внедрена американским психологом, психотерапевтом Йехудой Бен-Ишаем (Yehuda Ben-Yishay). Реабилитационная программа длилась около двух лет и задействовала как самих пациентов, так и членов их семей. Помимо психотерапевтической и когнитивной составляющих, все участники включались в решение повседневных жизненных задач. Экологическая направленность и психотерапевтическая поддержка обеспечили практически стопроцентную эффективность программы.

Не менее известный подход к нейропсихологической реабилитации с включением психотерапевтического компонента как обязательного был разработан другим американским психологом, Джорджем Пригатано (George Prigatano). В своей книге «Принципы нейропсихологической реабилитации» он формулирует тринадцать принципов. Многие из них посвящены психотерапевтической работе как с пациентами, так и с членами их семей, а также с членами реабилитационной команды, которая сталкивается с множеством психологических и поведенческих проблем, сопровождающих повреждения мозга.

Указанные программы относятся к холистическому подходу в нейрореабилитации, доказавшему свою высокую эффективность. Комплексный подход к пациенту и его окружению, в котором основное место уделяется мотивационному компоненту и проработке эмоциональных проблем, позволяет повысить результативность всех восстановительных занятий за счет активности самого пациента и адекватного понимания целей, задач и возможностей реабилитации.

**Ключевые слова:** нейрореабилитация, человекоцентрированный подход, больные с повреждениями мозга, психологическая реабилитация.

---

Безусловно, еще древние целители в разных странах и в разные эпохи говорили о страдающем человеке, о способах помощи ему. Однако с бурным развитием науки, техники, технологии, фармацевтики и других смежных отраслей знания сам пациент все больше и больше отодвигался на задний план медицины, уступая место технологичным процессам и объективным данным. Конечно, это касается, в первую очередь, европейской медицины с ее дискретным подходом к анализу явлений, но и страны иных культур и мировоззрений в результате технологических прорывов и общей глобализации не обошло стороной смещение акцента с больного на болезнь.

Но в целом ряде случаев дискретный подход оказался малоэффективным: многие заболевания имеют комплексную, сложную природу, и требуют такого же комплексного, целостного подхода к лечению. В результате в медицину начал возвращаться и оформляться в соответствии с требованиями современности подход, который ставил во главу угла именно пациента, а не болезнь, не процесс лечения, не динамику болезни и другие неотъемлемые составляющие медицинской практики. Так, примерно в 80-е гг. XX века мировым стандартом в ряде клинических направлений вновь становится человекоцентрированный подход. Одним из таких направлений является комплексная реабилитация больных с различными повреждениями мозга. Кроме того, этот подход получил большое признание и активно практикуется в отношении психиатрических больных (Watkins, 1996; Lukoff et al., 1986), пациентов,

страдающих болезнью Альцгеймера и другими видами слабоумия (Clare et al., 2000), детей с различной степенью умственной отсталости и больных аутизмом (Kuhaneck et al., 2004) и других групп больных (Barlow et al., 2002).

### **Что такое комплексная реабилитация больных с мозговыми повреждениями?**

Сегодня это понятие, определенное ВОЗ, базируется на биопсихосоциальной модели функционирования человека, определяющей здоровье как физическое, психологическое и социальное благополучие человека (Frankel et al., 2003). Комплексная нейрореабилитация направлена как раз на решение всех этих проблем. «Реабилитация — это процесс, в котором люди, имеющие ограничения жизнедеятельности из-за травмы или заболевания, работают совместно с профессионалами, родственниками и другими людьми для достижения своего оптимального физического, психологического, социального и профессионального благополучия» (McLellan, 1991).

Однако, из определения можно увидеть, что охватить все аспекты реабилитации специалисту одного профиля просто не под силу. Поэтому для решения всего спектра задач с одним пациентом работает мультидисциплинарная команда, в которую входят такие специалисты, как врач-реабилитолог, врач-невролог, специализированные медицинские сестры, физиотерапевт (инструктор ЛФК), нейропсихолог, клинический психолог, логопед, эрготерапевт, а также сам пациент и его

родные и близкие. Очень важно, что эти профессионалы являются именно командой, а не отдельно приходящими к больному специалистами с отдельными задачами (Fordyce, 1982). «Командность» достигается благодаря нескольким важным составляющим работы. Во-первых, постановке реабилитационных целей. Этот этап является обязательным для любой реабилитации в любом периоде, в том числе и с больными, находящимися в реанимации и, возможно, в таком тяжелом состоянии, как кома. Безусловно, реабилитационные цели будут меняться при изменении состояния больного и его общей ситуации. Поэтому вторая командообразующая составляющая — это регулярные, не реже 1 раза в неделю (а с больными в остром состоянии — 1 раз в день), встречи всех специалистов между собой для группового обсуждения и корректировки реабилитационных целей (McGrath et al., 1992).

Что дает больному клиентоцентрированная постановка целей в реабилитации? Подобный подход позволяет улучшить настроение пациента и повысить его мотивацию изменений, работы, участия в реабилитационном процессе. Достижение одних целей и постановка новых целей придают смысл оценке прогресса изменений, у человека возникает чувство потенциальной власти и контроля над ситуацией, понимание того, что случилось и как можно это преодолеть. По словам одного из ведущих специалистов в области нейропсихологической реабилитации Дж. Пригатано, «Противоречия и боль бывают в жизни человека и до, и после повреждения мозга. Однако после повреждения у челове-

ка меньше когнитивных и личностных ресурсов для действий по поводу возникающих противоречий и боли. Широкие возможности нейропсихологической реабилитации предназначены для помощи этим людям овладеть ситуацией» (Prigatano, 1999)

Сегодня различают психологическую, нейропсихологическую, когнитивную реабилитацию. Когнитивная реабилитация направлена на работу с когнитивным дефицитом. Основная цель такой реабилитации — восстановить психическую функцию или уменьшить когнитивный дефицит, возникший в результате повреждения мозга. В настоящее время уже разработаны и продолжают разрабатываться узкоспециализированные техники и приемы компенсации отдельной когнитивной функции или типа нарушения (памяти, внимания, управляющих функций и т.д.) (Antonucci et al., 1995; Wilson et al., 1994; Evans, 2003). Нейропсихологическая реабилитация — понятие более широкое. Такая реабилитация касается работы над снижением не только когнитивного, но также эмоционального, психологического и поведенческого дефицита, вызванного повреждением головного мозга. Основная цель нейропсихологической реабилитации — дать возможность инвалидизированным пациентам достичь того оптимального уровня благополучия, который возможен в их ситуации, уменьшить влияние возникших каждодневных проблем, а также помочь пациентам вернуться в их собственную окружающую обстановку.

Что это значит — страдать от повреждения мозга? Какие личные

переживания связаны с мозговыми нарушениями? Очевидно, что существуют и общие для всех пациентов, и специфические вещи, связанные как с характером, степенью и зоной повреждения мозга, так и с его преморбидными (имевшимися до заболевания) особенностями и жизненной философией (Satz, 1966). В этом отношении очень интересными и полезными представляются субъективные отчеты тех, кто пережил мозговое повреждение и прошел многие стадии восстановления. Они позволяют лучше понять чувства тех людей, с которыми специалистам приходится работать и общаться каждый день. Так, В. ЛаБау (LaBaw, 1969), сам психиатр по образованию, осмысляя свой опыт восстановления после черепно-мозговой травмы, полученной в результате аварии, пишет, что «Спустя тридцать месяцев после происшедшего я вдруг осознал, что выжить в результате аварии — это одно, а выжить в последующем неприятии — это другое» (Там же р. 184). Люди с повреждениями мозга оказываются как бы зажатými между собственными переживаниями и болью, собственными ограничениями и когнитивными нарушениями, с одной стороны, и между непониманием, неприятием и неадекватным отношением других к себе, с другой. Причем это неадекватное отношение может быть как в форме гиперопеки и инвалидизации, так и в форме недооценки тяжести состояния и возникших трудностей и, соответственно, предъявлении завышенных требований.

Таким образом, после повреждения мозга человек нуждается в комплексном подходе, который учитыв-

вал бы его эмоциональный, поведенческий, когнитивный и социальный статусы. По каждому из перечисленных направлений ведется психологическая работа. При этом следует сказать, что эмоциональная составляющая реабилитации является одной из важнейших и базовых для остальных, так как при отсутствии необходимой мотивации, включенности, понимания своей ситуации и возникшего дефекта, а также без нахождения новых личностных смыслов (Леонтьев, 1975) реабилитация во многом обречена на провал.

Одним из первых, кто поднял этот вопрос, был Курт Гольдштейн. Курт Гольдштейн получил медицинское образование в области как неврологии, так и психиатрии и разработал свой реабилитационный подход в годы Первой мировой войны в Германии. Подход Курта Гольдштейна к реабилитации больных с повреждениями мозга был очень практичным и одновременно очень человеческим. Он говорил о важности защиты пациентов и проводил с ними занятия по реабилитации, которые позволяли повысить их профессиональные возможности. Кроме того, он понимал их личностную реакцию на ту психологическую и физическую травму, которая сопровождает таких больных, назвав ее катастрофической реакцией (Goldstein, 1952).

Развивая идеи Курта Гольдштейна, американский психолог, его ученик, Йехуда Бен-Ишай в своем подходе «терапевтической среды» (Therapeutic Milieu Concept) акцентируется, в первую очередь, на вопросах личностной трансформации — залога успешной реабилитации пациентов с

повреждениями мозга и возникшими ограничениями (Ben-Yishay, Gold, 1990). Кроме концепции К. Гольдштейна, в его основу понимания личности положен подход Э. Эриксона к эго-идентичности (Эриксон, 1995, 1996).

Й. Бен-Ишай берет за основу своей концепции понимание эго-идентичности как самоопределения. Он делает эго-идентичность своеобразной «мишенью» для психотерапевтической работы, говоря о том, что каждый из тех, кто работает с людьми, имеющими повреждения мозга, часто сталкивается с нарушениями самоопределения, потери смысла себя и своего существования в его эриксоновском понимании. Операционализация понятия эго-идентичности осуществлялась через точность самоопределения. Психологическая реабилитация Й. Бен-Ишай направлена, в первую очередь, на поиск своей новой самоидентичности после повреждения мозга и возникающих в связи с этим ограничений, иногда довольно серьезных. Эти ограничения могут касаться как когнитивных и двигательных функций, так и эмоциональной сферы и поведения. И весь этот клубок проблем мешает человеку жить полноценной жизнью (Ben-Yishay, Diller, 2011). Автор считает, что создание терапевтической среды необходимо для любой реабилитации (Ben-Yishay, 1996).

В чем состоит подход «терапевтической среды»? Ключевым «посланием» в нем служит идея того, что каждый участник терапии перестает быть «пациентом». Скорее, участники терапии становятся просто обычными гражданами и членами своих семей. Их задача — как можно скорее

и как можно лучше вернуться к полноценной жизни. И хотя каждый участник занят своей собственной реабилитацией, он может содействовать реабилитации других участников, что способствует повышению его самоуважения. Понимание того, что ты помогаешь другому, играет важную роль для пациентов, для их самооценности.

Успешно развивая свой подход, Й. Бен-Ишай открыл специальную программу в Нью-Йоркском университете (Ben-Yishay et al., 1985). Как уже говорилось, ключевой составляющей этой программы было создание психотерапевтической среды, а также работа с эго-идентичностью в эриксоновском понимании. Однако достижение своей эго-идентичности предполагало не просто адаптацию к жизненным условиям, но и возможность вести полноценную, активную и счастливую жизнь, не чувствуя себя жертвой судьбы. Части из участников программы удавалось достичь этого до выписки, а части нет. Среди последних было немало и таких, кто успешно адаптировался к жизни.

Спустя много лет Й. Бен-Ишай провел ретроспективное пилотное исследование, изучая различия в жизни тех, кто после его программы достиг перед выпиской своей эго-идентичности, и тех, кто не достиг, но был хорошо приспособлен к своей инвалидности (Ben-Yishay, Daniels-Zide, 2000). Это исследование было во многом ответом на вопрос о целесообразности такого подхода. Полученные результаты показали, что те участники, которые достигли самоопределения, были более успешны как в принятии собственной инва-

лидности (и, соответственно, ощущение своей жизни как полноценной), так и в плане относительно более успешной профессиональной адаптации. Т.е. на вопрос о целесообразности такого подхода можно ответить утвердительно. Такие программы, как разработанная Й. Бен-Ишаем с коллегами, помогают пациентам справиться с их психологической травмой и вновь найти себя, проживая полноценную человеческую жизнь.

Программу и подход, разработанные Й. Бен-Ишаем, относят к программам Целостного подхода в реабилитации (Prigatano, 1999; Silver et al., 2011).

Целостный, или холистический, подход в реабилитации характеризуется комбинированием индивидуального и группового лечения, переплетением работы по восстановлению когнитивных функций и психотерапевтического воздействия. Так, индивидуальная реабилитация часто включает в себя психотерапию, восстановление когнитивных функций и речи. В групповой работе есть сессии, фокусирующиеся как на когнитивной реабилитации, так и на построении навыков социального взаимодействия. Последние включают в себя повышение осведомленности о заболевании и когнитивном функционировании (Silver et al., 2011).

С 80-х гг. прошлого столетия целостный подход завоевал очень большое количество сторонников, и уже практически ни одна реабилитационная программа не обходится без его компонентов и идеологической поддержки.

Одной из важнейших составляющих целостного подхода, как уже говорилось, является психотерапия, или

психотерапевтическое вмешательство. По словам Дж. Пригатано, «психотерапевтическая помощь может быть важным компонентом нейропсихологической реабилитации пациентов» (Prigatano, 1999, p. 202). Однако следует понимать, что в клинике есть свои особенности и своя «клиническая чувствительность» (Schafer, 1967). И задача клиницистов — помочь пациентам совладать с их болью и трагедией, которая объективна и последствия которой вызывают многие психологические проблемы.

Очевидно, что больные с повреждением мозга не сразу могут быть готовы к психотерапевтической интервенции. Их физическое и психическое состояние должно уже пройти определенные стадии восстановления, чтобы можно и нужно было использовать психотерапию. Люди с нейропсихологическим и неврологическим дефицитом редко могут полностью понять осложнения, к которым приводит их повреждение. Они задаются вопросами, будут ли они когда-нибудь такими, как прежде. Многие из них также спрашивают себя, стоит ли вообще жизнь того, чтобы жить такими ущербными (Prigatano, 1995).

Что же является основным при работе с контингентом больных в таком состоянии? Дж. Пригатано предлагает фокусироваться на трех сферах человеческой активности (трех человеческих и жизненных символах) (Prigatano, 1989), которые могут довольно хорошо помочь в психотерапевтическом процессе. Эти три символа — работа, любовь и игра.

Символ работы означает ощущение своей продуктивности, т.е. возможности что-то делать и быть

нужным, востребованным, что очень важно для нормального человеческого состояния, для ощущения себя.

Не менее важным символом в жизни человека является любовь. Этот символ очень трудно определить. Человек, который любит и который любим, не чувствует себя психологически одиноким. В психотерапии пациентов с мозговыми повреждениями удобно использовать трехкомпонентную теорию любви, разработанную американским психологом Робертом Стернбергом (Sternberg, 1986). Согласно Р. Стернбергу, любовь можно представить в виде треугольника с тремя сторонами: страсть, близость и обязательства. Определенное сочетание этих трех компонентов дает определенные типы отношений. Эта концепция позволяет операционализировать такое сложное в философском определении понятие, как любовь, и помогает работать над каждым из компонентов и жизненных сценариев.

Третьим символом человеческого бытия является игра. Игра не означает развлечение. Игра означает свободу делать то, что хочется в своих фантазиях. Таким образом, возможность работать, любить и играть помогает человеку справиться со своим страданием и утвердить новый смысл своей жизни, несмотря на многие ограничения и утраты. Пациентам с мозговыми нарушениями нужно помочь установить все эти жизненные символы, чтобы они могли совладать с потерей «чувства нормальности».

Психотерапия после повреждения мозга имеет как свои сильные

стороны, так и ограничения. К сильным сторонам психотерапии можно отнести проработку множества «подцелей» (например, контроль собственного поведения), которые должны быть достигнуты прежде, чем будет достигнута основная цель. Другой сильной стороной психотерапии является возможность пациента устанавливать эмоциональный контакт с другим человеком в процессе установления психотерапевтического альянса.

В то же время психотерапия пациентов с мозговыми повреждениями имеет ряд ограничений. Так, больные с когнитивными нарушениями могут достаточно долго и с трудом овладевать своим поведением, контролем над импульсивными реакциями, установлением психотерапевтического диалога. Также надо понимать, что больные в остром и тяжелом состоянии не могут получать полноценную психотерапевтическую помощь вследствие своего состояния или выраженных когнитивных и иных нарушений. В таком случае может помочь психологическая помощь, имеющая целевую направленность для поддержки в конкретных трудных ситуациях.

Еще одной важнейшей составляющей психотерапевтической работы в клинике пациентов, страдающих от повреждения мозга, является работа с семьей, с родными и близкими пациентов. Важной задачей при работе с родственниками является помощь в осознании тех изменений, которые произошли с их близким человеком и их жизнью. В результате достижения этой цели отношение семьи к пациенту может измениться, и не всегда в приятном направлении.

Важно понимать, что этот тяжелый момент — часть жизненных реалий.

Кроме семьи и психотерапевта с психологическими трудностями сталкиваются и сотрудники клиник. Ни медсестры, ни физиотерапевты, ни другие специалисты не обладают специализированными психологическими знаниями и умениями, необходимыми для коррекции поведенческих и эмоциональных изменений. В то же время многие сталкиваются с разными, в том числе и неприятными, поведенческими реакциями. Например, молодой мужчина с повреждением мозга, с нарушением критики и ратормаживанием влечений может проявлять определенную сексуальную активность в отношении молодого женского персонала. Подключение психотерапевта к решению таких проблем может помочь найти адекватное решение, скорректировать как поведение пациента, так и поведение и отношение персонала к подобным поведенческим проявлениям.

Важно также понимать, что те роли, которыми наделены персонал и пациенты в больнице, играют огромную роль в формировании и развитии их отношений. Как правило, эти роли предполагают, что психологическая позиция персонала находится выше, чем позиция пациента. Происходят вещи, схожие по своей сути с теми, которые были описаны в знаменитом Стэнфордском тюремном эксперименте (Zimbardo et al., 1973). Несмотря на то что у

человека, занимающегося реабилитацией, совсем другая роль, нежели у тюремного охранника, его профессиональные ошибки могут привести к неверному реабилитационному пути и пациентов, и их семей.

Подводя итог современным подходам к нейрореабилитации, среди которых преобладающим как в отношении эффективности, так и в отношении общегуманистической, человекоцентрированной направленности являются различные варианты холистического подхода, следует подчеркнуть важность и необходимость присутствия в них различных форм психотерапевтической интервенции. На тот факт, что при включении в нейрореабилитацию психотерапевтического вмешательства в качестве одной из составляющих повышается эффективность реабилитации, указывают многие авторы (Prigatano, Ben-Yishay, 1999; Christensen et al., 1992). Кроме повышения эффективности реабилитации, такой подход помогает снизить затраты государства на обслуживание инвалидов (Teasdale, Christensen, 1994). К сожалению, не существует универсальной реабилитационной программы, после которой эффективность выхода была бы абсолютной для всех пациентов. Эта область нуждается в дальнейших разработках и исследованиях, которые помогли бы больным с повреждениями мозга и их близким минимизировать последствия случившейся с ними катастрофы.

**Варако Наталья Александровна, доцент кафедры общей и экспериментальной психологии НИУ ВШЭ, медицинский психолог НИИСП им. Н.В. Склифосовского, кандидат психологических наук**

Контакты: nvarako@hse.ru



## Литература

- Леонтьев, А. Н. (1975). *Деятельность. Сознание. Личность*. М.: Политиздат.
- Эриксон, Э. (1995). Жизненный цикл: эпигенез идентичности. В кн. Э. Эриксон. *Психология личности* (Т. 2, с. 305–348). М.: Прогресс.
- Эриксон, Э. (1996). *Детство и общество*. СПб.: Ленато; АСТ; Фонд «Университетская книга».
- Antonucci, G., Guariglia, C., Judica, A., Magnotti, L., Paolucci, S., Pizzamiglio, L., & Zoccolotti, P. (1995). Effectiveness of neglect rehabilitation in a randomized group study. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 17(3), 383–389.
- Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A., & Hainsworth, J. (2002). Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Education and Counseling*, 48(2), 177–187.
- Ben-Yishay, Y. (1996). Reflections on the evolution of the Therapeutic Milieu Concept. *Neuropsychological Rehabilitation*, 6(4), 327–343. doi:10.1080/713755514
- Ben-Yishay, Y., & Daniels-Zide, E. (2000). Examined lives: Outcomes after holistic rehabilitation. *Rehabilitation Psychology*, 45(2), 112–129. doi:10.1037//0090-5550.45.2.112
- Ben-Yishay, Y., & Diller, L. (2011). *Handbook of holistic neuropsychological rehabilitation: outpatient rehabilitation of traumatic brain injury*. New York: Oxford University Press.
- Ben-Yishay, Y., & Gold, J. (1990). Therapeutic milieu approach to neuropsychological rehabilitation. In R. L. Wood (Ed.), *Neurobehavioral sequelae of traumatic brain injury* (pp. 194–215). New York: Taylor & Francis.
- Christensen, A.-L., Pinner, E. M., Pedersen, P. M., Teasdale, T. W., & Trexler, L. E. (1992). Psychosocial outcome following individualized neuropsychological rehabilitation of brain damage. *Acta Neurologica Scandinavica*, 85(1), 32–38.
- Clare, L., Wilson, B. A., Carter, G., Breen, K., Gosses, A., & Hodges, J. R. (2000). Intervening with everyday memory problems in dementia of Alzheimer type: an errorless learning approach. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 22(1), 132–146.
- Evans, J. J. (2003). Rehabilitation of executive deficits. In B. A. Wilson (Ed.), *Neuropsychological rehabilitation: Theory and practice* (pp. 53–70). Lisse: Swets and Zeitlinger.
- Fordyce, W. E. (1982). Interdisciplinary process: Implications for rehabilitation psychology. *Rehabilitation Psychology*, 27(1), 5.
- Frankel, R. M., Quill, T. E., & McDaniel, S. H. (2003). *The biopsychosocial approach: Past, present, and future*. University Rochester Press.
- Goldstein, K. (1952). The effect of brain damage on the personality. *Psychiatry*, 15(3), 245–260.
- Kuhaneck, H. M., & Watling, R. (2004). Autism: A comprehensive occupational therapy approach. *Dysphagia*, 1005, 5.
- LaBaw, W. L. (1969). Denial inside out: Subjective experience with anosognosia in closed head injury. *Psychiatry*, 32(2), 174–188.
- Lukoff, D., Wallace, C. J., Liberman, R. P., & Burke, K. (1986). A holistic program for chronic schizophrenic patients. *Schizophrenia Bulletin*, 12(2), 274.
- McGrath, J. R., & Davis, A. M. (1992). Rehabilitation: where are we going and how do we get there? *Clinical Rehabilitation*, 6(3), 225–235.
- McLellan, D. L. (1991). Functional recovery and the principles of disability medicine. In M. Swash, & J. Oxbury (Eds.), *Clinical neurology* (pp. 768–790). Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Prigatano, G. P. (1989). Bring it up in milieu: Toward effective traumatic brain injury rehabilitation interaction. *Rehabilitation Psychology*, 34(2), 135.

- Prigatano, G. P. (1995). 1994 Sheldon Berrol, MD, Senior Lectureship: The problem of lost normality after brain injury. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 10(3), 88–95.
- Prigatano, G. P. (1999). *Principles of neuropsychological rehabilitation*. New York: Oxford University Press.
- Prigatano, G. P., & Ben-Yishay, Y. (1999). Psychotherapy and psychotherapeutic interventions in brain injury rehabilitation. In M. Rosenthal, E. R. Griphith, J. S. Kreutzer, & B. Pentland (Eds.), *Rehabilitation of the adult and child with traumatic brain injury* (3rd ed., pp. 271–283). Philadelphia: Davis.
- Satz, P. (1966). Specific and non-specific effects of brain lesions in man. *Journal of Abnormal Psychology*, 71(1), 65.
- Schafer, R. (1967). *Projective testing and psychoanalysis: selected papers*. New York: International Universities Press, Inc.
- Silver, J. M., McAllister, T. W., & Yudofsky, S. C. (2011). *Textbook of traumatic brain injury*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Sternberg, R. J. (1986). A triangular theory of love. *Psychological Review*, 93(2), 119–135.
- Teasdale, T. W., & Christensen, A. L. (1994). Psychosocial outcome in Denmark. In A. L. Christensen, & B. P. Uzzell (Eds.), *Brain injury and neuropsychological rehabilitation: International perspectives* (pp. 235–244). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Watkins, J. (1996). *Living with schizophrenia: an holistic approach to understanding, preventing and recovering from negative symptoms*. Hill of Content.
- Wilson, B. A., Baddeley, A., Evans, J., & Shiel, A. (1994). Errorless learning in the rehabilitation of memory impaired people. *Neuropsychological Rehabilitation*, 4(3), 307–326.
- Zimbardo, P. G., Haney, C., Banks, W. C., & Jaffe, D. (1973). The mind is a formidable jailer: A Pirandellian prison. *The New York Times Magazine*, Section 6, 38–60.

## Person-Centered Approach in Neuropsychological Rehabilitation

Nataliya A. Varako

Associate professor, HSE\*; medical psychologist, Sklifosovsky Research Institute of Emergency Care\*\*  
E-mail: nvarako@hse.ru

Address: \* 20 Myasnitskaya str., Moscow, Russian Federation, 101000  
\*\* 3 B. Sukharevskaya sq., Moscow, Russian Federation, 107045

### Abstract

In the last few decades we have seen important changes in the neuropsychological rehabilitation of brain injury patients. First, the notion of neurorehabilitation has been extended to incorporate psychotherapy as a necessary component. Historically, neurorehabilitation was understood as a synonym for cognitive rehabilitation, which excluded psychotherapy. This person-centered change was based on a comparative analysis of effectiveness of different approaches to neurorehabilitation, and increasing awareness of the importance of working with emotional sphere and personality of the patients and their families, as well as of clinic and rehabilitation centre staff. The paper presents a review of two such approaches. One of the first programmes of brain injury patient rehabilitation incorporating psychotherapy was developed by Yehuda Ben-Yishay. This

programme spanning two years addressed patients and their family members who were involved in solving everyday life tasks. This ecological orientation combined with therapeutic support resulted in high efficiency of the programme. Another well-known approach was developed by George Prigatano, who formulated thirteen principles of neuropsychological rehabilitation. Many of these principles cover psychotherapeutic work targeting patients, family members, as well as members of the rehabilitation team who confront a number of psychological and behavioral problems associated with brain injury. These programs belong to a holistic approach in neuropsychological rehabilitation which was shown to be highly effective. By approaching patients in combination with their environment, addressing motivation and emotional issues, the effectiveness of rehabilitation sessions can be increased by increased cooperation of patients, who gain better awareness of the aims and possibilities of rehabilitation.

**Keywords:** neurorehabilitation, person-centered approach, brain injury patients, psychological rehabilitation.

## References

- Antonucci, G., Guariglia, C., Judica, A., Magnotti, L., Paolucci, S., Pizzamiglio, L., & Zoccolotti, P. (1995). Effectiveness of neglect rehabilitation in a randomized group study. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, *17*(3), 383–389.
- Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A., & Hainsworth, J. (2002). Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Education and Counseling*, *48*(2), 177–187.
- Ben-Yishay, Y. (1996). Reflections on the evolution of the Therapeutic Milieu Concept. *Neuropsychological Rehabilitation*, *6*(4), 327–343. doi:10.1080/713755514
- Ben-Yishay, Y., & Daniels-Zide, E. (2000). Examined lives: Outcomes after holistic rehabilitation. *Rehabilitation Psychology*, *45*(2), 112–129. doi:10.1037//0090-5550.45.2.112
- Ben-Yishay, Y., & Diller, L. (2011). *Handbook of holistic neuropsychological rehabilitation: outpatient rehabilitation of traumatic brain injury*. New York: Oxford University Press.
- Ben-Yishay, Y., & Gold, J. (1990). Therapeutic milieu approach to neuropsychological rehabilitation. In R. L. Wood (Ed.), *Neurobehavioral sequelae of traumatic brain injury* (pp. 194–215). New York: Taylor & Francis.
- Christensen, A.-L., Pinner, E. M., Pedersen, P. M., Teasdale, T. W., & Trexler, L. E. (1992). Psychosocial outcome following individualized neuropsychological rehabilitation of brain damage. *Acta Neurologica Scandinavica*, *85*(1), 32–38.
- Clare, L., Wilson, B. A., Carter, G., Breen, K., Gosses, A., & Hodges, J. R. (2000). Intervening with everyday memory problems in dementia of Alzheimer type: an errorless learning approach. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, *22*(1), 132–146.
- Erikson, E. (1995). *Identichnost': yunost' i krizis* [Identity: youth and crisis]. Moscow: Progress. (Transl. of: Erikson, E. H. (1968). *Identity: youth and crisis*. New York: W. W. Norton & Company).
- Erikson, E. (1996). *Detstvo i obshchestvo* [Childhood and society]. Saint Petersburg: Lenato; AST; Fond «Universitetskaya kniga» (Transl. of: Erikson, E. H. (1950). *Childhood and society*. New York: W. W. Norton & Company).
- Evans, J. J. (2003). Rehabilitation of executive deficits. In B. A. Wilson (Ed.), *Neuropsychological rehabilitation: Theory and practice* (pp. 53–70). Lisse: Swets and Zeitlinger.

- Fordyce, W. E. (1982). Interdisciplinary process: Implications for rehabilitation psychology. *Rehabilitation Psychology, 27*(1), 5.
- Frankel, R. M., Quill, T. E., & McDaniel, S. H. (2003). *The biopsychosocial approach: Past, present, and future*. University Rochester Press.
- Goldstein, K. (1952). The effect of brain damage on the personality. *Psychiatry, 15*(3), 245–260.
- Kuhaneck, H. M., & Watling, R. (2004). Autism: A comprehensive occupational therapy approach. *Dysphagia, 19*(1), 5.
- LaBaw, W. L. (1969). Denial inside out: Subjective experience with anosognosia in closed head injury. *Psychiatry, 32*(2), 174–188.
- Leontiev, A. N. (1975). *Deyatel'nost'. Soznanie. Lichmost'* [Activity. Consciousness. Personality]. Moscow: Politizdat.
- Lukoff, D., Wallace, C. J., Liberman, R. P., & Burke, K. (1986). A holistic program for chronic schizophrenic patients. *Schizophrenia Bulletin, 12*(2), 274.
- McGrath, J. R., & Davis, A. M. (1992). Rehabilitation: where are we going and how do we get there? *Clinical Rehabilitation, 6*(3), 225–235.
- McLellan, D. L. (1991). Functional recovery and the principles of disability medicine. In M. Swash, & J. Oxbury (Eds.), *Clinical neurology* (pp. 768–790). Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Prigatano, G. P. (1989). Bring it up in milieu: Toward effective traumatic brain injury rehabilitation interaction. *Rehabilitation Psychology, 34*(2), 135.
- Prigatano, G. P. (1995). 1994 Sheldon Berrol, MD, Senior Lectureship: The problem of lost normality after brain injury. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation, 10*(3), 88–95.
- Prigatano, G. P. (1999). *Principles of neuropsychological rehabilitation*. New York: Oxford University Press.
- Prigatano, G. P., & Ben-Yishay, Y. (1999). Psychotherapy and psychotherapeutic interventions in brain injury rehabilitation. In M. Rosenthal, E. R. Griphith, J. S. Kreutzer, & B. Pentland (Eds.), *Rehabilitation of the adult and child with traumatic brain injury* (3rd ed., pp. 271–283). Philadelphia: Davis.
- Satz, P. (1966). Specific and non-specific effects of brain lesions in man. *Journal of Abnormal Psychology, 71*(1), 65.
- Schafer, R. (1967). *Projective testing and psychoanalysis: selected papers*. New York: International Universities Press, Inc.
- Silver, J. M., McAllister, T. W., & Yudofsky, S. C. (2011). *Textbook of traumatic brain injury*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Sternberg, R. J. (1986). A triangular theory of love. *Psychological Review, 93*(2), 119–135.
- Teasdale, T. W., & Christensen, A. L. (1994). Psychosocial outcome in Denmark. In A. L. Christensen, & B. P. Uzzell (Eds.), *Brain injury and neuropsychological rehabilitation: International perspectives* (pp. 235–244). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Watkins, J. (1996). *Living with schizophrenia: an holistic approach to understanding, preventing and recovering from negative symptoms*. Hill of Content.
- Wilson, B. A., Baddeley, A., Evans, J., & Shiel, A. (1994). Errorless learning in the rehabilitation of memory impaired people. *Neuropsychological Rehabilitation, 4*(3), 307–326.
- Zimbardo, P. G., Haney, C., Banks, W. C., & Jaffe, D. (1973). The mind is a formidable jailer: A Pirandellian prison. *The New York Times Magazine, Section 6*, 38–60.