ности к физическим нагрузкам — пройденная дистанция в тесте 6-минутной ходьбы увеличилась с 288 ± 88 м в начале исследования до 335 ± 80 м в конце исследования в 1-й группе ($p < 0,001$) и соответственно с 298 ± 72 до $319 \pm 75,5$ м во 2-й группе ($p < 0,05$). Исходно переносимость физических нагрузок у пациентов с депрессивными расстройствами умеренной степени тяжести была меньше, чем в контроле ($p < 0,05$). При повторном сравнении результатов теста 6-минутной ходьбы статистически значимых различий не выявлено.

Через 3 мес после начала исследования у пациентов 1-й группы отмечено улучшение качества жизни по всем пунктам опросников SF-36 MLHFQ, что, вероятно, связано с редукцией депрессивных расстройств, улучшением физического и психического состояния. Сравнительный анализ различных категорий качества жизни в 1-й и 2-й (контроль) группах пациентов по данным опросника SF-36 при повторном исследовании выявил статистически значимые различия ($p < 0,05$) по шкале «общее здоровье». По остальным пунктам шкалы SF-36 качество жизни у пациентов 1-й и 2-й (конт-

роль) групп не различалось (рис. 5). В конце исследования по данным опросника MLHFQ отмечено улучшение качества жизни у всех пациентов, более значимое в 1-й группе (рис. 6).

Заключение. Таким образом, депрессивные расстройства выявляются у значительного числа (63,2%) больных АГ, осложненной диастолической сердечной недостаточностью. Депрессивные расстройства умеренной степени тяжести снижают толерантность к физическим нагрузкам. Наличие депрессии независимо от степени выраженности не оказывает влияния на функциональное состояние миокарда и геометрию сердца у больных ХСН. У больных АГ, осложненной диастолической сердечной недостаточностью, депрессия ухудшает качество жизни. Установлена прямая связь между выраженностью депрессии и снижением качества жизни. Включение антидепрессанта в схему комбинированной терапии больных АГ с ХСН (с сохраненной систолической функцией) и сопутствующими депрессивными расстройствами сопровождается купированием депрессии, повышением толерантности к физическим нагрузкам, а также улучшением качества жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Оганов Р.Г., Погосова Г.В., Шальнова С.А. и др. Депрессивные расстройства в общей медицинской практике по данным исследования КОМПАС: взгляд кардиолога. Кардиология 2005;8:38–44.
2. Vaccarino V., Kasl S., Abramson J. et al. Krumholz depressive symptoms and risk of functional decline and death in patients with heart failure. J Am Coll Cardiol 2001;38:199–205.
3. Clary G.L., Davenport C., Biracree D. et al. Effect of antidepressant medication on mortality in patients with congestive heart failure. J Am Coll Cardiol 2002; 39 (Suppl. A):1134–56.
4. Havranek E.P., Ware M.G., Lowes B.D. Prevalence of depression in congestive heart failure. Am J Cardiol 1999;84:348–50.
5. Беленков Ю.М., Мареев В.Ю., Арутюнов Г.П. и др. Национальные рекомендации по диагностике и лечению ХСН: утверждены Съездом кардиологов РФ в октябре 2003 г. Серд недостат 2003;6:276–9.
6. Zigmond A.S., Snaith R.P. The Hospital Anxiety and Depression Scale. Psychiatr Scand 1983;67:361–70.
7. Montgomery S.A., Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. Br J Psychiatry 1979;134:382–9.
8. Пиляревский С.Р., Орлов В.А., Бенделиани Н.Г. Современная методология оценки качества жизни больных с хронической сердечной недостаточностью. М.: РМАПО, 2000;60 с.
9. Cleland J.G., Swedberg K., Follath F. et al. The EuroHeart Failure survey programme a survey on the quality of care among patients with heart failure in Europe. Part 1: patient characteristics and diagnosis. Eur Heart J. 2003;24(5):442–63.

Н.М. Захарова, Д.В. Гапеев

НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского, Москва

Психотерапия пациентов с реакцией на тяжелый стресс и нарушениями адаптации в условиях стационара

В статье рассмотрены вопросы психотерапии (ПТ) у пациентов с реакцией на тяжелый стресс и расстройствами адаптации. Обследованы пациенты, находившиеся на стационарном лечении в НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского по поводу ожоговой травмы, а также сочетанной травмы, полученной в результате чрезвычайных ситуаций и дорожно-транспортных происшествий. Проведен сравнительный анализ психопатологических расстройств в этих трех группах пациентов в зависимости от генеза психологической травмы. Рассмотрены особенности клинической картины и предложен алгоритм проведения ПТ у таких пациентов.

Ключевые слова: тяжелый стресс, расстройства адаптации, психотерапия.

Контакты: Диана Вячеславовна Гапеев diana218@mail.ru

Psychotherapy for patients with a response to severe stress and adaptive disorders at a hospital

N.M. Zakharova, D.V. Gapeyenko

N.V. Sklifosovsky Research Institute of Emergency Care, Moscow

The paper considers the issues of psychotherapy (PT) in patients showing a response to severe stress and adaptive disorders. The patients treated at the N.V. Sklifosovsky Research Institute of Emergency Care for burn injury and concomitant injury resulting from emergencies and road

traffic accidents were examined. Psychopathological disorders were comparatively analyzed in the groups of patients depending on the genesis of psychological trauma. The authors consider the specific features of the clinical picture and propose a PT algorithm for these patients.

Key words: severe stress, adaptive disorders, psychotherapy.
Contact: Diana Vyacheslavovna Gapeyenko diana218@mail.ru

В настоящее время весьма актуальны проблемы психотерапии (ПТ) при чрезвычайных ситуациях — ЧС (взрывы, захват заложников, обрушение крыш зданий, пожары), дорожно-транспортных происшествиях — ДТП (автокатастрофы, наезды на пешеходов), а также ожоговых травмах в быту и на производстве. Во всех этих случаях интенсивное нервное напряжение, отрицательные эмоции, угроза жизни и здоровью, переживание чувства утраты объектов экстраординарного значения, сложность и болезненность процесса лечения являются основными факторами развития психических расстройств, классифицируемых в МКБ-10 как «Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации». Пострадавшие в этих катастрофах нуждаются в психиатрической и психотерапевтической помощи [1, 2].

Пациенты и методы. На базе НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского проводилась клиническая диагностика и ПТ у 115 таких пациентов — 73 женщин и 42 мужчин. Из них 107 (93%) — лица активного трудоспособного возраста (табл. 1). В зависимости от обстоятельств получения травмы пациенты были разделены на три группы: 1-я группа — ожоговая травма; 2-я — сочетанная травма в результате ДТП; 3-я — сочетанная патология (ожоги, травмы опорно-двигательного аппарата, внутренних органов) вследствие ЧС. В обследование не включали лиц с эндогенными заболеваниями и выраженными расстройствами личности.

В 1-ю группу вошли 33 пациента с ожогами, полученными в быту и на производстве. Среди них было 16 (48%) женщин и 17 (52%) мужчин в возрасте от 17 до 82 лет. Ожоги I—IIАБ и IIIА степени имелись у 27 человек и IIIБ—IV степени — у 6. У 7 (21%) пациентов наблюдались симптомы посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) — интрузия, избегание и гиперактивность; у 26 (79%) — расстройства приспособительных реакций, в том числе у 15 (45%) с преобладанием депрессивной симптоматики; у 7 (21%) — смешанная тревожно-депрессивная симптоматика; у 4 (13%) — реакция утраты, когда на первый план выступало тяжелое переживание гибели близких, находившихся с пострадавшим в момент получения травмы. ПТ начинали на 3—18-е сутки (в среднем на 8-е сутки) с момента поступления больных в отделение острых термических поражений. У каждого пациента проводили 3—14 (в среднем 5) психотерапевтических сеансов.

Во 2-ю группу вошли 45 пациентов отделений неотложной травматологии и сочетанной и множественной травмы, пострадавших при ДТП: 34 (76%) женщины и 11 (24%) мужчин в возрасте от 15 до 61 года. Наблюдались травмы опорно-двигательного аппарата, черепно-мозговые травмы (ЧМТ), повреждения внутренних органов. В связи с разной тяжестью соматического состояния пациентов осматривали в разные

сроки после травмы. У 2 (4%) осмотренных в первые 3 сут после травмы наблюдалась клиническая картина острой реакции на стресс, характеризующаяся снижением внимания, неспособностью адекватно реагировать на внешние стимулы, дезориентацией и гиперактивностью. Остальных пациентов осматривали на 3—15-е сутки после травмы. У 9 (20%) из них наблюдались симптомы ПТСР, у 34 (76%) — расстройства приспособительных реакций, в том числе у 16 (36%) — депрессивная симптоматика и у 6 (13%) — смешанная тревожно-депрессивная. У 12 (27%) отмечалась реакция утраты (вследствие потери близких родственников, друзей), в клинической картине преобладали реакции горя, чувство вины, ощущение отчаяния и безнадежности. В этой группе проведено от 2 до 14 (в среднем 4) сеансов ПТ.

К 3-й группе были отнесены 37 пациентов, пострадавших при ЧС: пожары, взрывы, обрушение крыши здания,

Таблица 1. Распределение пострадавших по полу и возрасту

Группа пациентов	Пол	Число пациентов	Возраст, годы			
			15—30	30—45	45—60	Старше 60
1-я (n=33)	М.	17	8	4	4	1
	Ж.	16	7	4	1	4
2-я (n=45)	М.	11	5	2	3	1
	Ж.	34	10	12	11	1
3-я (n=37)	М.	14	5	6	2	1
	Ж.	23	13	9	1	—
Всего		115	48	37	22	8

автокатастрофа в Египте. Среди них было 23 (62%) женщины и 14 (38%) мужчин в возрасте от 22 до 80 лет. Большинство пациентов (36, или 97%) находилось в активном трудоспособном возрасте. У пациентов этой группы отмечалась сочетанная соматическая патология: ожоги I—IV степени тяжести, ингаляционные ожоги верхних дыхательных путей, отравление продуктами горения, баротравма, травмы опорно-двигательного аппарата и внутренних органов. Если в первых двух группах психотерапевтическое обследование и лечение проводили у пациентов, самостоятельно обратившихся за помощью, а также у тех, у кого врачи-интернисты отметили расстройства настроения, сна и другие психопатологические симптомы, то в 3-й группе, включавшей пострадавших при ЧС, психотерапевтическое консультирование потребовалось всем пострадавшим.

Первая консультация психотерапевта проводилась на 1—15-е сутки в зависимости от тяжести соматического состояния пациентов.

Во всех случаях независимо от генеза травмы ПТ была направлена на преодоление последствий тяжелого стресса (включала методы десенсибилизации и переработки психотравмирующей ситуации); нормализацию общего состояния пациентов после тяжелой травмы — снятие болевого син-

Таблица 2. Характеристика пациентов 3-й группы

Пол	Число пациентов	Не нуждались в ПТ	Нуждались в ПТ
М.	14	6	8 (57,1)
Ж.	23	2	21 (91,3)
Всего	37	8	29 (78,3)

Примечание. Здесь и в табл. 3: в скобках — процент больных.

дрома, тревоги и депрессии (методики работы с болью, релаксационные техники); формирование позитивного настроя на выздоровление, активное сотрудничество с врачами.

Если после первого сеанса ПТ не улучшался сон и не уменьшалась тревожность, назначали препараты в соответствии со стандартами, принятыми в лечебном учреждении (антидепрессанты, транквилизаторы в средних терапевтических дозах). Такая терапия проводилась у 10% пациентов.

ПТ включала в себя разные модальности: рациональную ПТ [3], ресурсные трансы [3], эриксоновский гипноз [4], методику десенсибилизации и переработки движениями глаз (ДПДГ), разработанную Ф. Шапиро [5, 6], символдраму [7], телесно-ориентированную ПТ (ТОП) [8], нейролингвистическое программирование (НЛП) [3], экзистенциальную ПТ [3], аутогенную тренировку (АТ) по Шульцу [3], психосинтез [9]. При выборе методик учитывали преобладающие в клинической картине психопатологические симптомы, тяжесть соматического состояния, личностные особенности пациента.

Результаты и их обсуждение. У 8 пациентов (6 мужчин и 2 женщины) при первичном обследовании психопатологических расстройств не обнаружено, и они отказались от психотерапевтической помощи. Среди них было 2 пострадавших при взрывах у станции метро «Рижская» и на Черкизовском рынке, которые получили минимальные повреждения (баротравма, ушибленные раны мягких тканей, ссадины), и 6 пострадавших при пожарах в институте в Москве и в ночном клубе в Перми с повреждениями средней тяжести. При повторных осмотрах через 2 и 5 дней психопатологических расстройств, требующих коррекции, у них также не выявлено. Можно предположить, что эти лица оказались устойчивы к стрессу.

В группе пациентов, пострадавших при ЧС, 29 (78% всех пострадавших) нуждались в ПТ. Из табл. 2 видно, что в этой группе у женщин обращаемость за психотерапевтической помощью была почти в 2 раза выше, чем у мужчин. У 4 (14%) пациентов, осмотренных в первые 3 сут после поступления, наблюдалась острая реакция на стресс. При обследовании выявлялась клиническая картина в виде тревожного аффекта, снижения внимания, гиперактивности. Среди них 2 пациента (мужчина 80 лет и женщина 31 года) были госпитализированы в кардиологическое отделение с диагнозом «частая желудочковая экстрасистолия» и сопутствующими хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

У 13 (45%) пострадавших с ожоговыми травмами и травмами опорно-двигательного аппарата наблюдались симптомы ПТСР разной степени выраженности. У 4 из них (женщины, пострадавшие при взрыве в вагоне метро, у которых наблюдались баротравма, ЧМТ, ожоги) на 4–5-й день появились симптомы ПТСР в виде навязчивых воспоминаний психотравмирующей ситуации (при закрытых глазах всплывала картина взрыва — хлопок, погас свет), сопровождавшихся страхом, ощущением безысходности, вегета-

тивными проявлениями (сердцебиение, потливость). Кроме того, неожиданный громкий звук в палате, зрительные раздражители (выключение света на ночь, мигание света) вызывали в памяти картины происшедшего. Это сопровождалось неприятными телесными ощущениями («холод в груди», «замирание сердца», сердцебиение). У них наблюдались расстройства

сна: прерывистый сон с неприятными сновидениями, повторяющимися разные варианты происшедшего с ощущением угрозы жизни и здоровью.

У 6 (5 женщин и 1 мужчина) пострадавших во время пожара в клубе в Перми также выявлялись симптомы ПТСР в виде навязчивых воспоминаний психотравмирующей ситуации: в течение дня, и особенно перед сном, при закрытых глазах всплывали картины пожара, сопровождавшиеся звуками, присутствовавшими в той ситуации, запахом дыма, телесными ощущениями (жжением в поврежденных участках тела), чувством страха, безысходности, тревогой за близких. Субъективно очень тяжелыми были ощущения безысходности и близкой смерти. Одна пациентка, почувствовав, что не может передвигаться дальше в задымленном помещении, села, прислонилась к стене и, перед тем как потерять сознание, поняла, что «выхода нет, скорее всего, она умрет». При проработке психотравмирующей ситуации именно это ощущение ей было тяжелее всего вспоминать, оно вызывало у нее выраженную эмоциональную реакцию, которая редуцировалась позже всех остальных.

Отмечались также расстройства сна: поверхностный, прерывистый сон, бессонница, сопровождавшиеся чувством немотивированной тревоги, напряжения. Сны часто бывали неприятные, вплоть до кошмарных, и вызывали ощущение угрозы жизни и здоровью.

Практически все пациенты хорошо помнили момент травмы (за исключением тех, кто терял сознание). В это время возникали очень неприятные ощущения беспомощности, отсутствия поддержки со стороны оказавшихся рядом людей, занятых собой и не обращающих внимания на окружающих, и наоборот, очень ценились и придавали сил моменты оказания помощи со стороны незнакомых людей.

У 12 (41%) пациентов наблюдались расстройства приспособительных реакций: депрессивная (у 5, или 17%) и тревожно-депрессивная (у 4, или 14%) реакции, реакция утраты вследствие потери близких, находившихся рядом в момент получения травмы (у 3, или 10%). В этой группе количество сеансов ПТ варьировало от 3 до 16 (в среднем 5,7) в зависимости от тяжести психических и соматических расстройств.

Таким образом, у обследованных всех трех групп наблюдались три вида расстройств в рамках реакции на тяжелый стресс и нарушений адаптации (F43): острая реакция на стресс, ПТСР и расстройство приспособительных реакций (депрессивная и тревожно-депрессивная реакции, а также реакция утраты, которую мы выделили отдельно ввиду отличия клинической картины и особенностей психотерапевтического лечения).

Из табл. 3 видно, что в 3-й группе значительно больше было пациентов с симптомами ПТСР (45% против 21 и 20% в 1-й и 2-й группах), что психологически понятно, учитывая экстраординарный характер угрожающей жизни ситуации,

часто чувство безысходности, неопределенности («удастся спастись или нет?»), что вызывает более интенсивные эмоциональные и физиологические реакции организма. Тогда как в первых двух группах в структуре психических нарушений самым распространенным ответом на стресс являлись расстройства приспособительных реакций: 79% в 1-й группе и 76% во 2-й против 41% в 3-й группе.

При первой беседе с пациентом устанавливали психотерапевтический контакт и определяли цели ПТ. На этом этапе важно достичь доверия, так как, по мнению ряда авторов, ПТ может быть успешной только в атмосфере доверия и безопасности [3]. С этой целью использовали техники НЛП (присоединение, установление раппорта, определение первичной репрезентативной системы) и психотерапевтическое интервью. Также важно совместно с пациентом обсудить цели ПТ, формы и длительность лечения. В зависимости от основных психопатологических симптомов, тяжести соматического состояния и психотерапевтических запросов пациента определяли направления и методы ПТ.

При наличии в клинической картине симптомов ПТСР (насиленные воспоминания о психотравмирующем событии, кошмарные сновидения, сильный психологический и физиологический дистресс под влиянием внешних и внутренних раздражителей), символизирующих или напоминающих травмирующее событие, основное внимание уделяли десенсибилизации и переработке психотравмирующей ситуации. С этой целью применяли методики ДПДГ, ДПДГ в модификации, технику лобно-затылочной коррекции (ЛЗК). В большинстве случаев пациенты, несмотря на необходимость повторно вспоминать психотравмирующую ситуацию, охотно соглашались на проведение такой терапии, желая избавиться от неприятных и тягостных переживаний и воспоминаний.

Если в клинической картине отмечались депрессивные и тревожные проявления в рамках расстройства приспособительных реакций, техники десенсибилизации применяли для профилактики развития ПТСР, конечно, если пациент помнил момент травмы (не было потери сознания). В таких случаях было достаточно 1—2 сеансов, чтобы наступила десенсибилизация и пациент мог спокойно, без страха и тревоги, вспоминать момент травмы. Это сопровождалось общим улучшением состояния: снижением тревожности, повышением настроения, нормализацией сна.

В основе метода ДПДГ, разработанного Ф. Шапиро, лежит представление о наличии в организме особого психофизиологического механизма — адаптивной информационно-перерабатывающей системы. При ее активации происходят спонтанная переработка и нейтрализация любой травматической информации, причем этому сопутствуют позитивные изменения когнитивной сферы, эмоций и поведения. Тяжелые психические травмы и стресс могут блокировать деятельность адаптивной информационно-перерабатывающей системы. Считается, что при тяжелой травме и стрессе негативная информация (воспоминания о психотравмирующей ситуации и связанные с ней представления) как бы «замораживается» и длительно сохраняется в перво-

Таблица 3. *Распределение психических расстройств, требующих ПТ, по группам пациентов*

Группа пациентов	Острая реакция на стресс	ПТСР	Расстройство приспособительных реакций	Всего
1-я	—	7 (21)	26 (79)	33
2-я	2 (4)	9 (20)	34 (76)	45
3-я	4 (14)	13 (45)	12 (41)	29

начальном, необработанном виде за счет изоляции нейронных сетей мозга, обеспечивающих доступ к этим воспоминаниям, от других ассоциативных сетей памяти. При этом не происходит нового обучения, так как новая позитивная информация не может ассоциативно связываться с изолированной информацией о травматическом событии. Часто при этом негативные эмоции, образы, ощущения и представления из прошлого пациента проникают в его настоящее, вызывая сильный душевный и физический дискомфорт. Предполагается, что движения глаз (или другие альтернативные раздражители), используемые при ДПДГ, запускают процессы, активизирующие ускоренную переработку травматического опыта по аналогии с той, что в норме происходит на стадии сна с быстрыми движениями глазных яблок. При этом воспоминания, имеющие высокий отрицательный эмоциональный заряд, переходят в более нейтральную форму, а соответствующие им представления и убеждения приобретают конструктивный характер [6].

В большинстве случаев использовали классическую методику ДПДГ, состоящую из 1—3 сессий движений глаз, в ходе которых пациент повторно вспоминал и просматривал психотравмирующую ситуацию. В ряде случаев (15%) при выполнении данной техники возникали трудности, это происходило при затруднении движений глаз вследствие травмы, а также при возникающих у некоторых пациентов сложностях одновременного выполнения двух действий: фиксации взгляда на движущейся ручке и повторном просмотре психотравмирующих событий. В таких случаях применяли модификацию метода ДПДГ, разработанную на базе ожогового центра НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, которая состояла в замене движений глаз на дыхательные упражнения [10]. На вдохе пациенты поворачивали голову справа налево, представляя, как вместе с вдыхаемым воздухом возвращается жизненная сила, утраченная в ситуации психотравмы, на выдохе поворачивали голову в обратную сторону, освобождаясь от психотравмирующих переживаний. При выполнении данной методики пациенты могли закрыть глаза и более ярко вспомнить травмирующие события. Позитивным моментом является возможность самостоятельного использования данной техники пациентами.

У части пациентов (10%), которые не были готовы к выполнению этих техник из-за их относительной сложности, применяли технику ЛЗК, являющуюся частью метода психотерапевтической кинезиологии [11]. Пациент повторно просматривает и при желании проговаривает случившееся, в то время как терапевт поддерживает руками его лоб и затылок. Данная техника является более легкой для выполнения и позволяет пациенту реагировать на психотравмирующие переживания, абстрагировавшись от них.

Важным психотерапевтическим моментом является объяснение пациентам механизма действия данных техник с акцентом на то, что повторное проживание психотравмирующей ситуации помогает разрядить негативные эмоции, переработать травматический опыт и избежать возможных нежелательных последствий в будущем. При этом подчеркивали, что пациент находится в безопасности, ему ничто не угрожает, при необходимости применяли технику «безопасное место» [3].

Решение о применении техник десенсибилизации психотравмирующей ситуации принимали исходя из состояния пациента, его способности справляться с высоким уровнем беспокойства, который может возникать во время сеанса по переработке психотравмирующих воспоминаний. В ряде случаев, при тяжелом соматическом состоянии, выраженной астенизации, а также субъективной неготовности пациента к проведению данной техники, когда он «не чувствует в себе сил» на воспоминания психотравмирующей ситуации, ПТ начинали с релаксационных техник, которые снижали уровень эмоционального стресса, усиливали внутренний ресурс пострадавшего и в дальнейшем делали возможным проведение техник десенсибилизации психотравмирующей ситуации. Если пациенты отказывались от проведения техник десенсибилизации (12%), ПТ продолжали с использованием других методик: ресурсных трансов, телесно-ориентированной терапии, символдрамы. При этом положительная динамика и полное исчезновение симптомов ПТСР, снижение уровня тревоги и депрессии наблюдались несколько позже. Это позволяет сделать вывод о более эффективном и быстром действии техник десенсибилизации, но в то же время можно предположить, что отказ пациента от этих техник указывает на более низкий по сравнению с другими пациентами внутренний ресурс и, возможно, более сильную психологическую травму.

Во всех случаях применения данных техник достигался положительный результат: уменьшение и полное исчезновение симптомов ПТСР, снижение тревоги, нормализация ночного сна.

После достижения десенсибилизации психотравмирующей ситуации ПТ продолжали с использованием релаксационных техник, способствующих активизации и усилению внутренних ресурсов организма, уменьшению болевого синдрома, снижению тревожности, депрессивных проявлений и вследствие этого появлению чувства уверенности в собственных силах, позитивного настроя на будущее. В среднем для достижения эффекта достаточно было 2–5 сессий.

Релаксационные техники включали в себя эриксоновский гипноз (80% пациентов), АТ (15%), символдраму с мотивами «луг», «река» (25%), а также телесно-ориентированную ПТ со спонтанным символообразованием (85%). При проведении данной техники в начале сеанса пациенту предлагается расслабиться, сосредоточиться на дыхании, почувствовать различные участки тела, погрузиться в транс и представить в виде образов обращающие на себя внимание телесные ощущения. При позитивном взаимодействии пациента с образами либо при спокойном рассматривании образов или так называемых вещей в теле [8] происходило трансформирование их в положительные образы и картины, что сразу же проявлялось в улучшении самочувствия (уменьшении или исчезновении боли, напряжения, скованности и других дискомфортных ощущений) и как следствие — улучшении эмоционального состояния с сохранением этого эф-

фекта и поддержанием его во время последующих сеансов. Обычно сессию заканчивали ресурсным трансом, в который пациент входил после достижения комфортного состояния и чувства расслабления в теле спонтанно или по предложению психотерапевта почувствовать внутреннее пространство вокруг себя, абстрагировавшись от объективной реальности (т. е. комнаты, в которой находится пациент). Обычно пациенты видели себя либо на природе (на море, в горах, в саду, на лугу), либо в помещении, в котором приятно находиться (дома, в храме, в картинной галерее и т. д.). Были случаи, когда пациенты не могли четко представить окружающее пространство, но описывали его объем, цвет и чувство покоя, комфорта, легкости и полета.

При применении данной методики у пациентов с расстройствами приспособительных реакций, в возникновении и сохранении которых большую роль играли конфликты с эмоционально значимыми лицами (в семье, реже — в социальной сфере), также наблюдался положительный эффект. После описания дискомфорта ощущений в теле (часто это была тяжесть в груди при депрессии, тяжесть и болевые ощущения в голове и других частях тела) и переработки их в позитивные образы и картины происходило эмоциональное реагирование и осязаемое улучшение психического и физического самочувствия. Часто при этом можно было выйти на конкретное лицо, участвующее в конфликте, и продолжить с ним работу с использованием методов, близких к гештальт-терапии (разговор, выяснение чувств и потребностей друг друга, прощение, принятие себя и другого человека). Данный метод давал новый взгляд на ситуацию и способствовал выработке пациентом более продуктивной стратегии поведения. Интересно отметить, что чем острее было эмоциональное состояние пациента, тем легче возникали и более яркими являлись образы и ощущения в теле и тем быстрее шло эмоциональное реагирование. Эту методику применяли и при ожогах и травматических повреждениях для уменьшения болевых ощущений и улучшения эмоционального состояния.

Если в процессе проведения техник десенсибилизации психотравмы возникали болезненные, неприятные ощущения в теле, также использовали описанную выше методику, что позволяло разрядить напряжение в теле, снять блоки, возникшие частично в момент получения травмы, облегчить эмоциональное реагирование. Все это ускоряло и улучшало переработку и десенсибилизацию психотравмирующей ситуации.

У пациентов с ожоговой травмой и выраженным болевым синдромом большое внимание уделяли уменьшению болевых ощущений. С этой целью применяли указанные выше релаксационные техники. Пациентов обучали самостоятельно контролировать болевые ощущения с помощью глубокого дыхания, диафрагмального дыхания (дыхание «животом»), концентрации внимания на дыхании, приятных представлениях и воспоминаниях. Данные приемы пациенты использовали во время перевязок. Чтобы ослабить воспоминания о прежних болезненных перевязках и страх перед предстоящими процедурами, применяли техники десенсибилизации. При этом прорабатывали прежние психотравмирующие воспоминания, что улучшало эмоциональное состояние, снижало тревогу и страх перед будущими вмешательствами. Часть пациентов самостоятельно использовали ДПДГ в модификации, что также давало положительные результаты.

После достижения стабильно хорошего психического и по возможности физического самочувствия переходили к последнему этапу ПТ, который был направлен на «отсоединение» от травмы и интегрирование пациента в семью и общество. В рамках рациональной ПТ обсуждали тревожащие пациента моменты будущей адаптации на работе, в семье. По желанию пациента анализировали беспокоящие его межличностные конфликты. С этой целью применяли гештальт-терапию, символдраму, психосинтез. Далее (опять же по желанию пациента) проводили психотерапевтические сессии, связанные с конструированием будущего. Применяли технику НЛП — «проекции будущего» (55% пациентов), когда на фоне расслабления, пациент формировал максимально позитивный образ достижений в будущем, этот образ представлялся и проговаривался во всех модальностях, при необходимости корректировался. При трудностях представления образов, сомнениях по поводу того, чего именно хотелось бы достичь, использовали технику «проекции в будущее» из метода психотерапевтической кинезиологии (у 25%).

Особое внимание уделяли пациентам с реакцией утраты, у которых независимо от болевого синдрома, плохого физического самочувствия, наличия неприятных воспоминаний о моменте травмы тяжесть эмоционального состояния определялась чувством горя и скорби по погибшим близким. У таких пациентов не было симптомов ПТСР, связанных с моментом травмы. Часть из них (85%) испытывали чувство вины, усиливавшееся при определенных обстоятельствах (нахождении за рулем автомобиля, посещении места трагедии и т. д.). В ПТ у таких пациентов применяли различные техники. Во время первых сеансов после установления психотерапевтического контакта и выражения сочувствия пациенту в 95% случаев проводили разъяснение клиники и этапов течения реакции утраты. Это давало положительный эффект, так как пациенты понимали, что чувство вины, агрессия по отношению к окружающим являются иррациональными, обусловленными утратой и свойственны всем людям, попадавшим в такую ситуацию. Далее психотерапевтическое воздействие было направлено на то, чтобы пациент не сдерживал выражение эмоций по отношению к погибшему (95% пациентов), это дает достаточное реагирование переживаний горя и препятствует формированию подавляемой хронической реакции горя [12]. Использовали методы и понятия экзистенциальной ПТ, так как важное значение для внутренней гармонизации пациента имеют его

религиозные и нравственные установки и представления о том, что его ждет «после смерти». По желанию пациента использовали и другие техники ПТ: ТОП со спонтанным симвоолообразованием при болевых и дискомфортных телесных ощущениях (в 25% случаев), методы гештальт-терапии, при которых пациент мысленно прощался с тем, кого потерял, «слышал» ответ погибшего и таким образом освобождался от чувства вины, внутренне примирялся с тем, что случилось (в 15%). Однако в большинстве случаев пациенты осознавали, что они нуждаются в индивидуальной работе по «проживанию» горя, в течение определенного времени. В среднем пациентам с реакцией утраты требовалось 3—5 сеансов ПТ.

Выводы. Таким образом, у пациентов с ожоговой травмой, полученной в быту или на производстве, пострадавших в результате ЧС и при ДТП, развиваются психопатологические расстройства и им показана ПТ.

Среди пациентов пострадавших в ДТП и при ЧС, обратившихся за психотерапевтической помощью, преобладали женщины.

Пациентам с ожогами из-за выраженного болевого синдрома в среднем потребовалось больше сеансов ПТ (5) по сравнению с пациентами, получившими травмы (4).

Среди пострадавших в ЧС в ПТ нуждались 78%. Эта группа пациентов характеризовалась более тяжелыми психопатологическими расстройствами (высокая частота ПТСР) и в связи с этим наиболее длительными сроками ПТ (в среднем 5,7 сеанса).

Практика применения ПТ показала, что на первом этапе эффективны техники ДПДГ, ДПДГ в модификации, ЛЗК. На втором этапе — релаксационные техники (эриксоновский гипноз, ТОП со спонтанным симвоолообразованием, символдрама, АТ). На заключительном этапе ПТ целесообразно использовать техники конструирования будущего (НЛП, психотерапевтическая кинезиология), а также техники гештальт-терапии, символдрамы, психосинтеза, экзистенциальной ПТ для разрешения внутри- и межличностных конфликтов.

Раннее начало ПТ улучшает психическое состояние пациентов: снижается уровень тревожности, редуцируются депрессивные проявления, что приводит к общей стабилизации аффективной сферы. Это в свою очередь способствует уменьшению выраженности болевого синдрома и улучшению общего соматического состояния пациентов. Формируются позитивный настрой, вера в выздоровление, что ускоряет процесс реабилитации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александровский Ю.А. Состояния психической дезадаптации и их компенсация. М.: Наука, 1976;272 с.
2. Александровский Ю.А., Лобастов О.С., Спивак П.И. и др. Психогения в экстремальных условиях. М.: Медицина, 1991; 115 с.
3. Психотерапевтическая энциклопедия. Под ред. Б.Д. Карвасарского. СПб.: Питер, 2006;944 с.
4. Гордеев М.Н. Классический и эриксоновский гипноз. М.: Изд-во Института психотерапии, 2003;240 с.
5. Пушкарева А.Л., Доморацкий В.А., Гордеева Е.Г. Посттравматическое стрессовое расстройство: диагностика, психофармакотерапия, психотерапия. М.: Изд-во Института психотерапии, 2000;128 с.
6. Шапиро Ф. Психотерапия эмоциональных травм с помощью движений глаз: основные принципы, протоколы и процедуры. Пер. с англ. М.: Класс, 1998;496 с.
7. Стюарт В. Работа с образами и символами в психотерапевтическом консультировании. Пер. с англ. М.: Класс, 2003;384 с.
8. Ермошин А.Ф. Вещи в теле: психотерапевтический метод работы с ощущениями. М.: Класс, 2004;320 с.
9. Волински С. Темная сторона внутреннего ребенка. Следующий шаг. Пер. с англ. М.: Старклайт, 2009;184 с.
10. Полянина Д.А., Епифанова Н.М., Смирнов С.В. Психотерапия больных с ожогами. РМЖ 2005;3:16—20.
11. Стокс Г., Уайтсайд Д. Единый мозг. Коррекция дислексических нарушений способности к обучению и интеграция головного мозга. Пер. с англ. М.: Диалог — МГУ, 1996;268 с.
12. Parkes C.M. Bereavement: Studies of grief in adult life. 3rd. Madison: Intl. Unives. Press, 1998.