Полянина Дарья Анатольевна. Роль психотерапии в лечении больных с ожоговой травмой : диссертация ... кандидата медицинских наук : 14.00.18 / Полянина Дарья Анатольевна; [Место защиты: ГОУВПО "Московский государственный медико-стоматологический университет"].- Москва, 2007.- 203 с.: ил.

**ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ г. МОСКВЫ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ СКОРОЙ ПОМОЩИ**

**им. Н. В. СКЛИФОСОВСКОГО**

**«420** **0.7** **12961 -**

**На правах рукописи**

**Полянина Дарья Анатольевна**

**РОЛЬ ПСИХОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОЖОГОВОЙ**

**ТРАВМОЙ**

**14.00.18 - «Психиатрия»**

**14.00.27 - «Хирургия»**

**ДИССЕРТАЦИЯ на соискание учёной степени кандидата медицинских наук**

**Научные руководители: доктор медицинских наук, профессор Епифанова Н. М., доктор медицинских наук, профессор Смирнов С. В.**

**Москва - 2007**

ОГЛАВЛЕНИЕ

[СПИСОК ПРИНЯТЫХ СОКРАЩЕНИЙ 4](#bookmark2)

[ВВЕДЕНИЕ 5](#bookmark3)

[ГЛАВА 1. Обзор литературы 11](#bookmark10)

1. [Распространённость и особенности ожоговой травмы 11](#bookmark11)

1.2.0собенности психоэмоционального состояния и психические

расстройства у больных с ожоговой травмой 12

* 1. [Психотерапевтические подходы в лечении психических расстройств, имеющих место при ожоговой травме 30](#bookmark14)

1.3.1 Терапия реакции на тяжёлый стресс

и нарушений адаптации 30

[1.3.2. Взгляды на работу с реакцией горя 37](#bookmark16)

1.4. Психотерапевтические подходы к работе с болевым синдромом .... 39 ГЛАВА 2. Характеристика клинических наблюдений

и методов исследования 43

1. Общая характеристика контингента больных основной

и контрольной групп 43

1. [Методы исследования 55](#bookmark19)
2. [Характеристика применявшихся психотерапевтических направлений и методов 58](#bookmark20)

ГЛАВА 3. Влияние ожоговой травмы на психическое состояние больных.. 70

* 1. Общая характеристика психоэмоционального состояния

больных с ожоговой травмой 70

* 1. [Психические расстройства у больных с ожоговой травмой 80](#bookmark25)
     1. [Острая реакция на стресс 80](#bookmark26)
     2. [Расстройства адаптации 81](#bookmark27)
     3. [Посттравматическое стрессовое расстройство 83](#bookmark28)
  2. [Реакция горя на фоне ожоговой травмы 86](#bookmark29)
  3. Особенности психоэмоционального состояния и психические расстройства у пострадавших при террористических актах и ЧС 89

**з**

ГЛАВА **4.** Психотерапия больных с ожоговой травмой 93

1. Общая характеристика проведённой психотерапии 93
2. [Этапы психотерапии. Сравнительная оценка эффективности различных методов 96](#bookmark32)
3. [Терапия и профилактика посттравматического стрессового расстройства 96](#bookmark33)
4. Психотерапевтическая работа с тревогой, депрессией

и болевым синдромом 104

1. Глубинная психотерапия при работе с

внутриличностными и межличностными конфликтами 124

1. [Психотерапия реакции горя 139](#bookmark35)
2. Психотерапия пострадавших при террористических актах

и ЧС 143

ГЛАВА 5. Общая оценка эффективности психотерапии 148

1. Оценка результатов психотерапии

в период пребывания пациентов в стационаре 148

1. [Катамнестическая оценка результатов психотерапии 156](#bookmark38)

[ЗАКЛЮЧЕНИЕ 163](#bookmark40)

[ВЫВОДЫ 181](#bookmark42)

[ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ 183](#bookmark43)

[СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ 184](#bookmark44)

**СПИСОК ПРИНЯТЫХ СОКРАЩЕНИЙ**

АД - артериальное давление

АДП - аутодермопластика

ВОЗ - Всемирная организация здравоохранения

ЛТТДГ - метод десенсибилизации и переработки движениями глаз

ДТП - дорожно-транспортное происшествие

ИТО - индивидуально-типологический опросник

ИТТ - интегративный тест тревожности

МДПДГ - модифицированный метод десенсибилизации и переработки движениями глаз

МКБ-10 - международная классификация психических болезней 10-го пересмотра

НИИ СП - Научно-исследовательский институт скорой помощи НЛП - нейролингвистическое программирование НС ПТ - недирективная суггестивная психотерапия ПТ - психотерапия

ПТСР - посттравматическое стрессовое расстройство

РА - расстройства адаптации

РУДН - Российский Университет Дружбы Народов

СТ-Л - шкала личностной тревожности ИТТ

СТ-С - шкала ситуативной тревожности ИТТ

ТА - транзактный анализ

ТО ПТ - телесно-ориентированная психотерапия

ЧС - чрезвычайные ситуации

ЧСС - частота сердечных сокращений

DSM-IV - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.) (американский национальный диагностический и статистический стандарт психических расстройств 4-го пересмотра)

PTSD - post-traumatic stress disorder (посттравматическое стрессовое расстройство)

**ВВЕДЕНИЕ**

**Актуальность исследования**

Ожоговая травма встречается в 6-7,5% в общей структуре травм. По ежегодным данным Минздрава России, количество пострадавших от ожогов составляет около 700 тысяч человек, или четыре-пять обожжённых на 1000 населения. Ожоговая травма является одной из наиболее стрессогенных по угрозе жизни, тяжести соматического повреждения, сложности и болезненности процесса лечения (Положий Б.С., Гурин И.В., 1997; Качалов П.В., 1988). Больные с ожогами попадают в ситуацию длительного стресса, начинающегося с момента травмы, продолжающегося в течение стационарного периода и после выписки в связи с социальной дезадаптацией (Gilboa D., 2001). При ожоговой травме имеет место выраженный болевой синдром, являющийся значительным стрессогенным фактором. Боль возникает в момент получения травмы и продолжается в течение всего периода госпитализации, особенно во время перевязок и в период активизации после аутодермопластики. Являясь сложным комплексом физиологических реакций, а также мыслей и чувств, болевой синдром усугубляет переживание тяжёлого стресса, сопровождающегося депрессией и тревогой, что может привести к психологической дезадаптации (Gilboa D., 2001). По данным ряда авторов (Качалов П.В., 1988; Положий Б.С., Гурин И.В., 1996, 1997), почти у всех больных с ожоговой травмой развиваются психические расстройства, классифицируемые в МКБ-10 как «Реакция на тяжёлый стресс и нарушения адаптации» (F43), включающие в себя 3 нозологические группы: острую реакцию на стресс (F43.0), посттравматическое стрессовое расстройство (F43.1) и расстройства адаптации (F43.2). По мнению N.J.C. Andreasen (1990) и P. Tuker (1987), высокая стрессогенность ожоговой травмы связана не только с угрозой жизни, здоровью и трудоспособности, но и с нарушением всего дальнейшего жизненного сценария пострадавшего. Предпосылки развития посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) существуют в случаях, когда ожоговая травма сопряжена с тяжёлым эмоциональным потрясением (угроза жизни или серьёзный физический ущерб, потеря объекта экстраординарной значимости, финансовые лишения) и если в анамнезе пострадавших имели место травматические повреждения и значительные психотравмы (особенно ранние детские травмы), а также при наличии тормозимых и истероидной акцентуаций характера (Качалов П.В., 1988; Jimenez P., Bajo G., Castillo L. et al., 1994; Положий B.C., Гурин И.В., 1996, 1997; Пушкарёв A.JI., Доморацкий В.А., Гордеева Е.Г., 2000; Gilboa D., 2001). Ожоговая травма является одним из наиболее распространённых поражающих факторов в условиях чрезвычайных ситуаций (ЧС) и бытовых несчастных случаев, сопряжённых с гибелью людей (Положий Б.С., Гурин И.В., 1997), в связи с чем у пострадавших с ожоговой травмой помимо ПТСР развивается реакция горя.

По мнению ряда отечественных и зарубежных исследователей (Качалов П.В., 1988; Malt U.F. et al., 1989; Meissl G. et al., 1994;Положий B.C., Гурин И.В., 1997; Gilboa D. et al., 1990, 2001; Брычева H.B., 2001; Wisely J.A. et al., 2001), у большинства пострадавших с ожогами возникает необходимость коррекции психического состояния. По данным D. Gilboa (2001), наибольшая потребность в такой коррекции в связи с выраженной психической дезадаптацией имеет место у пациентов со склонностью к интроверсии, низким уровнем оптимизма, самоконтроля и сотрудничества с персоналом в период госпитализации. Нарушение психоэмоционального состояния пациентов оказывает негативное влияние на течение ожоговой болезни, её объективную тяжесть и субъективный уровень страдания больных. Эндотоксикоз, характерный для ожоговой болезни, ограничивает применение психофармакотерапии. В связи с этим актуально применение психотерапии (ПТ), которая, нормализуя психическое состояние больных, потенцирует эффект проводимого хирургического и терапевтического лечения и повышает качество социальной адаптации больных после выписки из стационара.

В отечественной и зарубежной литературе упоминаются различные психотерапевтические методики, эффективные в ПТ больных с ожоговой

травмой (Гельфанд В.Б., Николаев Г.В., 1986; Качалов П.В., 1988, 1990; Gilboa

1. , Borenstem A., Seidman D.S., 1990; Положий Б.С., Гурин И.В., 1997; Брычева
2. В., 2001; Черняк М.Д., Островский Н.В., 2002). Однако не встречается данных об использовании мультимодального подхода, при котором выбор методик и их сочетания зависит от ведущего психопатологического синдрома, данных анамнеза, личностных особенностей и характера жалоб пациентов. Также отсутствуют данные о применении методик телесно-ориентированной (ТО) ПТ. К тому же, немногочисленными являются сведения о работе с болевым синдромом у больных с ожоговой травмой. Названными обстоятельствами обусловлена актуальность данного исследования.

Цель исследования - на основании изучения психопатологии, обусловленной ожоговой травмой, разработать эффективный комплекс психотерапевтических методик, направленный на улучшение результатов лечения и раннюю психическую реабилитацию пострадавших в условиях стационара.

Задачи исследования:

1. Изучить клинико-психопатологическую картину у больных с ожоговой травмой и взаимосвязь психических расстройств с тяжестью и обстоятельствами получения травмы, данными анамнеза и личностными особенностями пострадавших.
2. Провести анализ эффективности ПТ у больных с ожоговой травмой на разных этапах лечения, соответствующих ведущей психопатологии и характеру жалоб.
3. Изучить влияние ПТ на порог болевой чувствительности у пострадавших с ожоговой травмой.
4. Оценить эффективность ПТ в лечении и профилактике психических расстройств, вызванных ожоговой травмой, а также влияние ПТ на приживление трансплантата после аутодермопластики, частоту развития пневмоний, сроки пребывания больных в стационаре и индивидуально­типологические особенности пострадавших с ожоговой травмой на основании сравнительного анализа данных основной и контрольной групп.
5. Разработать программу оптимальной психотерапевтической помощи больным с ожоговой травмой на основании полученных результатов исследования.

**Научная новизна**

На основании результатов клинико-психопатологических и психодиагностических методов исследований разработана программа психотерапии, применяемая с учётом ведущего психопатологического синдрома, тяжести соматического состояния, динамики жалоб и личностных особенностей в целях психической реабилитации пострадавших с ожоговой травмой. Впервые в целях нейтрализации психотравмирующего материала у больных с ожоговой травмой применён модифицированный метод десенсибилизации и переработки движениями глаз (МДПДГ), разработанный на основе существующего ранее ДІ1ДІ' (автор Ф. Шапиро). Впервые предложено и научно обосновано применение сочетания недирективной суггестивной ПТ и символдрамы с телесно-ориентированной ПТ в целях редукции психогенных расстройств, связанных с ожоговой травмой.

**Практическая значимость полученных результатов**

Изучены особенности психоэмоционального состояния и психические расстройства, вызванные ожоговой травмой. Отмечено влияние интенсивности психической травматизации в момент получения ожоговой травмы на тяжесть психических расстройств. Показано, что у 65% больных с ожоговой травмой, у которых сформировались симптомы ПТСР, в анамнезе имели место тяжёлые психотравмирующие ситуации (угроза жизни и здоровью, гибель близких, унижение вследствие насильственных действий). Разработан комплекс

сочетания психотерапевтических методов, оказывающий эффективное немедикоментозное воздействие на болевой синдром при ожоговой травме. Показано, что применение ПТ в соответствии с рекомендуемой программой у больных с ожоговой травмой позволяет в 2,8 раз снизить количество повторных операций аутодермопластики, приводит к уменьшению в 3,2 раза случаев развития пневмоний, что повышает эффективность хирургического лечения и сокращает в 1,2 раза сроки пребывания больных в стационаре. Включение ПТ в комплекс лечения больных с ожоговой травмой на стационарном этапе приводит к повышению качества психической и социальной адаптации и позитивной динамике личностных характеристик в постстационарном периоде.

**Основные положения, выносимые на защиту**

1. В результате стресса, вызванного ожоговой травмой, развиваются психические расстройства в рамках реакции на тяжёлый стресс и нарушений адаптации (F43 по МКБ-10).
2. На тяжесть психических расстройств, вызванных ожоговой травмой, влияют интенсивность психического стресса в момент её получения, тяжёлые психотравмирующие ситуации в анамнезе и личностные особенности пострадавших (повышенный уровень хронической тревожности, дисгармоничный индивидуально-типологический профиль).
3. Разработанный комплекс психотерапевтических методик является эффективным немедикоментозным подходом в лечении и профилактике психических расстройств и воздействии на болевой синдром при ожоговой травме, потенцирует результат хирургического лечения, повышает качество долгосрочной психосоциальной реабилитации и приводит к гармонизации индивидуально-типологической структуры больных.
4. В ПТ пострадавших с ожоговой травмой наиболее эффективно сочетание нескольких методик; МДІ1Д1 является более эффективным методом терапии ПТСР по сравнению с ДПДГ.

**Внедрение результатов исследования в практику**

Разработанный комплекс психотерапевтических методов внедрён в ежедневную практику работы психотерапевтов в отделении острых термических поражений НИИ СП им. Н.В. Склифосовского.

**Апробация работы**

Результаты исследований доложены на V Всероссийской научно- практической конференции по психотерапии и клинической психологии «Душевное здоровье человека - духовное здоровье нации» в Москве в 2002 г., Московской городской конференции по вопросам психотерапии при чрезвычайных ситуациях в Москве в 2004 г., I съезде комбустиологов России в Москве в 2005 г., 4-й Всероссийской общественной медицинской

психотерапевтической конференции «Амбулаторная и больничная психотерапия и медицинская психология» в Москве в 2006 г., а также на заседании Проблемно-плановой комиссии №10 «Термические поражения» НИИ СП им. Н.В. Склифосовского в 2006 г.

**Публикации**

По теме диссертации опубликовано 12 печатных работ, одна из них - в журнале, рекомендованном ВАК России.

**Структура и объём работы**

Диссертация изложена на 203 страницах машинописного текста, включающего содержание, список принятых сокращений, введение, пять глав (глава 1 содержит обзор литературы, последующие главы - результаты собственных исследований), заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы, включающего 130 отечественных и 77 иностранных источников. Диссертация иллюстрирована 18 таблицами и 8 рисунками.

**ВЫВОДЫ**

1. Структура психических расстройств, вызванных ожоговой травмой, представлена реакцией на тяжёлый стресс и нарушениями адаптации в виде острой реакции на стресс (2,8%), ПТСР (42,7%) и расстройств адаптации (54,5%). В случаях потери близких на фоне ПТСР в 100% случаев развивается реакция горя.
2. При ожоговой травме наблюдается корреляция травматизма по неосторожности с пре дшествующим острым или хроническим стрессом (R=0,89).
3. У больных с реакцией на тяжёлый стресс и нарушениями адаптации при ожоговой травме наблюдаются повышенные показатели ситуативной и личностной тревожности (у 91,1% и у 75%) соответственно), депрессии (у 88,9%), а также дисгармоничный индивидуально-типологический профиль с акцентуациями или дезадаптирующими свойствами по одной или нескольким осям (у 95%).
4. Установлено, что показатели ситуативной тревожности коррелируют с тяжестью ожоговой травмы (R=0,63), посттравматическими дефектами лица (R=0,71) и наличием хронического стресса (R=0,69); личностной тревожности - с травматизмом по неосторожности (R=0,82), наличием хронического стресса (R=0,91) и психическим травматизмом в анамнезе (R=0,77); депрессии - со сроками госпитализации (R=0,75) и наличием хронического стресса (R=0,8).
5. При ожоговой травме, сопряжённой с тяжёлыми эмоциональными потрясениями, у 83,8% пострадавших развивается ПТСР, причём у 65% из них (случаи раннего становления симптомов ПТСР в первые дни после травмы) в анамнезе имели место ситуации угрозы жизни и здоровью.
6. Установлено, что в ПТ пострадавших с ожоговой травмой эффективен этапный подход с использованием различных методик и их сочетания, при котором последовательно решаются три основные задачи: терапия и профилактика ПТСР (наиболее эффективен метод МДПДГ); работа с тревожно-депрессивной симптоматикой и болевым синдромом (наиболее эффективно сочетание НС ПТ и символдрамы с ТО ПТ); глубинная ПТ хронических внутриличностных и межличностных конфликтов (эффективно сочетание нескольких методик).
7. Применение ПТ в комплексе лечения больных с ожоговой травмой улучшает клинические показатели: в 2,8 раз снижает количество повторных операций АДП и в 3,2 раза - случаев развития пневмоний, что приводит к уменьшению в 1,2 раза показателей койко-дней и, следовательно, к повышению социальной экономичности и эффективности лечения.
8. По данным катамнеза установлено, что ПТ способствует долгосрочной профилактике развития ПТСР, повышает качество психической и социальной адаптации, приводит к гармонизации индивидуально­типологического профиля.

**ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

1. При наличии расстройств в психоэмоциональной сфере вследствие ожоговой травмы ПТ необходимо начинать в максимально ранние сроки.
2. Оптимальная продолжительность сессий при тяжёлом соматическом состоянии больных составляет 20-30 минут. В начале ПТ рекомендуется ежедневное проведение сессий, далее - с интервалом 2-3 дня.
3. При наличии симптомов ПТСР и сопряжённого с ожоговой травмой тяжёлого эмоционального потрясения рекомендуется применять МДПДГ с первой сессии.
4. При выраженном болевом синдроме предпочтительно применение методик, требующих от больного минимальных умственных и эмоциональных усилий: НС ПТ, ТО ПТ.
5. Глубинная ПТ наиболее эффективна после десенсибилизации стресса, связанного непосредственно с ожоговой травмой.
6. С целью закрепления и пролонгирования результатов, достигнутых в ходе сессии, рекомендуется обучать пациентов самостоятельным психотерапевтическим техникам.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Азолов, В. В. Российская ожоговая служба на современном этапе - проблемы и возможности их решения / В. В. Азолов, В. А. Жегалов, С. П. Перетягин // VII Всероссийская научно-практическая конференция по проблеме термических поражений: Тез. докл. - Челябинск, 1999. - С. 3-6.
2. Айвазян, Т. А. Биообратная связь в лечении гипертонической болезни: механизм действия, предикторы эффективности / Т. А. Айвазян // В кн. Биоуправление-2: теория и практика. - Новосибирск, 1993. - С. 105-107.
3. Александер, Ф. Психосоматическая медицина / Ф. Александер / Пер. с англ. С. Могилевского. - М.: ЭКСМО-Пресс, 2000. - 352 с.
4. Александровский, Ю. А. Психические расстройства во время и после чрезвычайной ситуации / Ю. А. Александровский // Психиатрия и психофармакотерапия. - 2001. - Т. 3. - № 4. - С. 17-29.
5. Альдер, X. Самоучитель НЛП. Методические рекомендации к курсу НЛП- тренинга / X. Альдер . - М., 2001. - 192 с.
6. Аронов, В.И. Принять себя, принять другого. Практические советы. Книга
7. Быть человеком. Наша версия Холодинамики / В. И. Аронов. - М.: ТОО «Можайск-Терра», 1996. - 144 с.
8. Арьев, Т. Я. Ожоги и отморожения / Т. Я. Арьев. - Л.: Медицина, 1971. - 285 с.
9. Ассаджоли, Р. Психосинтез: теория и практика / Р. Ассаджоли. - М.: REFL-book, 1994.-314 с.
10. Ассаджиоли, Р. Типология психосинтеза: семь основных типов личности. Духовное развитие и нервные расстройства / Р. Ассаджоли. - М.: Урания, 1995.- 124 с.
11. Астахова, В. А. Ожоговая травма и методы ее лечения - проблемы и перспективы [Электрон, ресурс] / В. А. Астахова // Медицинская газета «Здоровье Украины». - 2001. - № 6. - Режим доступа: http://www.health- ua. com/2001 /06/scorch.php