

С.Г. Лафи

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ
ОЖГОВОЙ ТРАВМЫ**

Монография

**Омск
2014**

УДК 159.2.07:616-001.17

ББК 88.283+48.752

Л 29

Лафи С.Г. Психологические аспекты ожоговой травмы : монография. – Омск: Изд-во ОмГМА, 2014. – 178 с.

Издается по решению кафедры ПТиОП Омского государственного технического университета.

Рецензенты:

Качалов П.В., кандидат медицинских наук, DEA de psychologie clinique, pathologique et psychanalytique de l'Université Paris-V – René Descartes, доцент Учебно-методического Отдела «ГНЦССП им. В.П. Сербского».

Пилецкайте-Марковене М.Э., доктор психологических наук, доцент Литовского эдукологического университета.

ISBN 978-5-94689-140-0

В монографии обсуждаются психологические проблемы ожоговой травмы. Особое внимание уделено травматическому стрессу при ожоговой болезни (его психологическим аспектам). Описаны различные психологические проблемы острого периода ожоговой болезни, предложена теоретическая модель психологических аспектов травматического стресса при ожоговой болезни, представлены особенности формирования личностных особенностей обожженных после травмы, освещается собственно психологическая помощь при ожогах (в том числе и на основе собственного опыта работы), психотерапия при ожоговой болезни, реабилитация, послеожоговая адаптация и профилактика. Представлена работа психолога в ожоговом центре, а также современное состояние вопроса.

Лафи С.Г.

ПРЕДИСЛОВИЕ

Предлагаемая читателю работа посвящена психологическим аспектам ожогов.

Работа ориентирована, в первую очередь, на молодых исследователей, специализирующихся в области клинической психологии, решивших посвятить свою жизнь работе в клинике ожоговых поражений. Для того, чтобы получить какие-либо серьезные результаты в клинике ожоговых поражений, требуются годы или даже десятилетия работы, обширные знания из разных областей медицины и смежных наук и, главное, всепоглощающая любовь к своей профессии. Это обусловлено спецификой ожоговой травмы, при которой затрагивается не только уровень физического функционирования больного, (тогда клиницисту требуются годы для достижения максимального лечебного эффекта), но и подвергается угрозе психологическое благополучие пациента (в таком случае для сохранения или обретения душевного здоровья человеку, пострадавшему от ожогов, могут потребоваться десятилетия).

Работа построена следующим образом: предваряет работу небольшой раздел «Личность и болезнь», затем обсуждается актуальность проблемы ожогов, дается общая характеристика ожогов, предрасположенность к ожогам, описываются психологические и психические реакции в момент получения ожога, рассматривается классификация и течение ожоговой болезни (дается общая характеристика ожоговой болезни и характеристика периодов ожоговой болезни с психологической точки зрения). Особое внимание уделено травматическому стрессу при ожоговой болезни (его психологическим аспектам). Долгое время считалось, что адекватное исследование психологического статуса больных в остром периоде невозможно, однако автором при всесторонней помощи руководства и сотрудников ожогового центра было реализовано достаточно масштабное, качественное, статистически достоверное исследование разнообразных психологических аспектов травматического стресса при ожоговой болезни. Описаны различные психологические проблемы острого периода ожоговой болезни, предложена теоретическая модель психологических аспектов травматического стресса при ожоговой болезни, особенности формирования личностных особенностей обожженных после травмы.

Далее рассматривается отдаленный период ожогов, посттравматический стресс у ожоговых пациентов, эмоциональные проблемы у обожженных, психотравмирующие факторы ожоговой болезни, боль как феномен и проблема боли при ожогах, возможные пути изучения и коррекции боли при ожогах. Поскольку автор считает, что успешная психологическая помощь требует совершенно особого уровня отношений, то отдельный раздел посвящен изложению проблем духовности в соматической клинике.

Далее освещается собственно психологическая помощь при ожогах (в том числе и на основе собственного опыта работы), психотерапия при ожоговой болезни (поскольку многие аспекты психотерапии трудно развести с собственно психологической помощью), реабилитация, послеожоговая адаптация и профилактика. Описывается работа психолога в ожоговом центре, а также современное состояние вопроса. Следует отметить, что до сих пор собственно психологических исследований в области ожоговых поражений крайне мало.

Автор попытался дать максимально точную информацию по рассматриваемым вопросам. Литература, привлекаемая для обсуждения, взята из открытых источников. В некоторых случаях по тексту поясняется психологическая терминология.

Автор является клиническим психологом, имеет опыт работы в ожоговом центре. Автор выражает благодарность сотрудникам Ожогового Центра Института хирургии им. А.В. Вишневского, за помощь в реализации работы по исследованию травматического стресса у обожженных, проведенную в конце 80-первой половине 90 г.г.. Особую признательность автор выражает Качалову П.В., Гельфанду В.Б., Алексееву А.А., Китаеву-Смыку Л.А. В настоящее время следует отметить значительный вклад в разработку темы «Боль при ожоговой болезни» Лафи Н.М.

1. ЛИЧНОСТЬ И БОЛЕЗНЬ

Ориентация врача не на болезнь, а на больного была заповедью медицины с гиппократовских времен. В российской медицине она нашла свое выражение в трудах создателей теории нервизма (Боткин С.П., Сеченов И.М., Павлов И.П.), в многолетней традиции русской медицины, отличавшейся глубоким вниманием к психологии больного человека (Мудров М.Я., Боткин С.П., Захарьин А.). Реакцию больного на болезнь клиницисты называли различными терминами: «переживание болезни» (Шевелев А.Е.), «сознание болезни». (Краснушки С.Е., Рохлин Л.Я.). Рохлин Л.Я. разделяет «сознание болезни» на три части: 1) болезнь, 2) влияние болезни на психику, 3) реакция личности на болезнь. Выделяются типы реагирования: 1) депрессивно-астенический, 2) психастенический, 3) истерический, 4) ипохондрический, 5) эйфорический. В.В. Ковалев добавляет еще невротический и неврозоподобный тип. Н.И. Рейнвальд подразделяет отношение к болезни на 1) пассивно-страдательное (уход в болезнь), 2) активно-положительное, 3) спокойно-выжидательное, 4) активное противодействие. (Рейнвальд Н. И., 1987).

Выдающийся представитель германской клинической медицины, проф. А. Гольдшейдер предложил понятие «аутопластическая картина болезни» – сумма ощущений, переживаний и настроений больного вместе с его собственным представлением о болезни. А. Гольдшейдер выделил два уровня картины болезни: «сенситивный» – базирующийся на ощущениях, и «интеллектуальный» – являющийся результатом размышлений больного о своем физическом состоянии (Проф. А. Гольдшейдер, 1929).

Приведем обширную цитату из книги А. Гольдшейдера «Боевые вопросы врачевания».

«Для сознания больного болезнь – это прежде всего то, что он в ней чувствует и ощущает. Что последнее не всегда соответствует действительному состоянию больного, – понятно без объяснений. Это субъективное состояние настолько мало соответствует действительному положению дела, что больной именно от врача стремится узнать, в чем же состоит его болезнь. Действие болезненного состояния на сознание больного осуществляется следующим образом:

а) Больной переживает ощущения и неприятные чувства, которые обусловлены болезненными изменениями. Сюда относятся боли, парестезии, ощущения холода и жара, разнообразнейшие ощущения со стороны глубокой и висцеральной чувствительности, чувство тошноты, головокружение, слабость, разбитость, отсутствие аппетита и т. д., болезненные ощущения со стороны органов внешних чувств (шум в ушах и т. п.).

б) Сознание больного подвергается изменениям под влиянием настроений, аффектов (страх и т. п.), состояния помрачения.

в) Больной, при помощи органов чувств, воспринимает изменения в форме, строении и функциях своего тела: опухоль, изменение окраски, ненормальное опорожнение кишечника и другие выделения, двигательные расстройства, измерение температуры и т. д.

г) К этому комплексу ощущений, чувств, восприятий и изменений сознания присоединяется представление, которое возникает у больного о его страдании. Смотря по образованию больного, его умственным наклонностям, темпераменту и познаниям, это представление больного о его болезни бывает различным по объему и яркости. Далее, чтение, воспоминания о подобных заболеваниях у знакомых или у самого себя, поведение окружающих и, наконец, поведение самого врача делают это представление больного об его болезни еще более ясным и определенным или дают ему особое направление.

д) Этот комплекс представлений, понятно, ведет к тревожным размышлениям о шансах на излечение, о возможных последствиях для профессиональной работы, заработка, положения семьи, к мыслям о смерти и т. п., а таким путем и к новым аффектам, настроениям, волнениям, висцеральным ощущениям, бессоннице и т. п.

При этом следует отметить, что эти ощущения распространяются не только на самые болезненные явления, но и на все то, что стоит в связи с болезнью, лечением и уходом; так, сюда относятся, напр., длительное содержание в постели и его мучительность, болезненные врачебные процедуры и т. п.

Эта совокупность болезненных переживаний со всеми их аффективными и интеллектуальными осложнениями представляет собою более или менее сложный психологический комплекс, который никоим образом не является отображением подлинных болезненных биологических процессов, ибо человек не обладает таким внутренним органом, при помощи которого он мог бы их наблюдать; но для сознания больного эта совокупность переживаний и являет собою самую болезнь. Через этот

комплекс больной приходит к восприятию, к осознанию своей болезни, и по нему судит он и о дальнейшем ходе последней».

Я назвал этот комплекс «аутопластической» картиной болезни. Последняя, при суждении больного о его болезненном состоянии, имеет для него решающее значение даже там, где эта аутопластическая картина болезни включает в себе множество ошибок. Недостаток логики в этой картине нередко приводит нас в изумление. Но для больного она включает в себе подлинность переживания.»

В нашей стране получил распространение термин «внутренняя картина болезни» (ВКБ), предложенный Лурия А.Р. в 1935 г. (Лурия А.Р., 1997). Внутренней картиной болезни Лурия называл «все то, что испытывает переживает больной, всю массу его ощущений, не только местных болезненных, но и общее самочувствие, самонаблюдение, его представление о своей болезни, о ее причинах, все то, что связано для больного с его приходом к врачу...». У болезни имеется и внешняя картина, – это все то, «что можно описать и зафиксировать..., включая сюда и тончайшие методы биохимического и инструментального анализа в самом широком смысле слова». Изучение же ВКБ – сугубо индивидуальное изучение личности человека. Вслед за А. Гольдшейдером Лурия предлагает рассматривать два уровня ВКБ: сензитивный и интеллектуальный. Первый составляют субъективные ощущения, исходящие из конкретного местного заболевания или патологического изменения состояния больного. Второй представляют размышления самого больного о болезни и отражает его реакцию на возникшее заболевание. Это то, что больной сам надстраивает над своими ощущениями. Концепция Лурия А.Р. является логическим продолжением взглядов русских врачей-клиницистов, которые указывали на необходимость изучения личности больного человека в рамках соматической медицины.

В понимании отечественных исследователей ВКБ представляется как многокомпонентная структура, состоящая из эмоциональной, мотивационной, когнитивной и поведенческой частей (Николаева В.В. и др., 1970, 1984; Смирнов В.М., Резникова Т.Н., 1979; Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., 1999; Вассерман Л.И. с соавт., 1987, 1990 и др.).

Квасенко А.Б. и Зубарев Ю.Г. (1980) выделили разные уровни ВКБ: биологический, индивидуальный и социально-психологический. Для изучения ВКБ авторами было предложено понятие «соматозогнозии», рассмотрена типология ВКБ и ее становление в процессе развития болезни и ее лечения. Представляет интерес целостный подход к изучению ВКБ в работе В.М. Смирнова и Т.Н. Резниковой (1979, 1983) с использованием понятий о «церебральном информационном поле болезни», «психологической зоне информационного поля болезни». Преимущества данной концепции заключаются в учете как физиологического базиса, так и психологической части ВКБ и их взаимодействия. «Внутренняя картина болезни» определяется авторами как психологический комплекс, отражающий изменения, происходящие в организме, психике и мозге человека, связанные с заболеванием (Смирнов В.М., Резникова Т.Н., 1983). Авторы рассматривают ВКБ в психологическом плане как «элемент самосознания, сформированный в результате самопознания». В основу теоретической модели ВКБ положено понятие о «церебральном информационном поле болезни» (ЦИПБ). ЦИПБ – это фиксированный в долговременной памяти опыт организма и личности, полученный в условиях болезни. На этой структурно-функциональной основе базируется «психологическая зона информационного поля болезни», состоящая из двух субмоделей: сенсорно-эмоционального блока и логического блока. «Формирование сенсорно-эмоциональной субмодели ВКБ происходит под влиянием непосредственных впечатлений и переживаний, вызванных определенными проявлениями болезни и их течением». «Образование модели болезни, связанная с ней осознанная и неосознанная потребность избавиться от ее проявлений, ведет к формированию программ и целей личности, направленных на преодоление болезни. При этом образуется модель прогноза заболевания (МПр) и модель ожидаемых результатов лечения (МОРЛ). В физиологическом плане на определенной стадии заболевания МОРЛ проявляет себя как доминанта, организующая поведение. Однако у больных с тяжелыми хроническими заболеваниями, долго и неэффективно лечившихся, наблюдается своеобразная «коррозия» МОРЛ, ее распад с отказом от лечения или, наоборот, проявляются обладающие значительной жесткостью неадекватные и даже нереальные попытки лечения. Велика опасность появления у пациента ощущения безысходности и на основе этого пассивного отношения возможен отказ не только от лечения, но и прежде всего от компенсации дефекта, от попыток адекватного переживания новой ситуации и от поиска соответствующих способов поведения. Следующий элемент ВКБ – «тип эмоционального отношения» (ТЭО) больного к своему дефекту, к его проявлениям, прогнозу и т.д.

Типы эмоционального отношения:

1) гипернозогностический тип: у больных имеется преувеличенная яркая эмоциональная окраска переживаний, связанных с дефектом. Каждый симптом приобретает большую субъективную значи-

мость, тяжесть дефекта и его проявлений преувеличивается, формируется «отрицательный» прогноз будущего;

2) гипнозогнозический тип: больные игнорируют свой дефект осознанно или неосознанно;

3) прагматический тип: больной находится в деловом контакте с врачами, окружающей средой, он стремится к реальной оценке дефекта и прогноза;

Одновременно с ВКБ создается другая, противоположная модель – внутренняя картина здоровья (ВКЗд), своеобразный эталон здоровья человека, органа, части тела и т.д.

Взаимодействие ВКБ и ВКЗд составляет динамику ВКБ и влияет на поведение больного. Оно может характеризоваться яркой эмоциональной реакцией. В.М. Смирнов и Т.Н.Резникова отмечают еще два способа реакции больных. 1) «Уход в болезнь», – это подавление идеала здоровья, что в определенной жизненной ситуации является адаптивной реакцией, 2) противоположная картина наблюдается в случае анозогнозий: образ здоровья становится жестким стереотипом, а динамический образ болезни (дефекта) либо не формируется, либо деструктурируется, но как раз в этом состоит явная неадаптивность анозогнозической ВКБ. Она влечет за собой конфликт с реальностью.

Таким образом, ВКБ – это не только совокупность субъективных моделей проявления дефекта, но она имеет и поведенческий аспект, является регулятором поведения. Под ее влиянием складываются определенные установки поведения, прежде всего в сфере коммуникации.

А.Ш. Тхостовым (1990, 2002) на основании теории А.Н.Леонтьева (1975) была предложена новая психологическая модель ВКБ, включающая в себя чувственную ткань, первичное означение, вторичное означение и личностный смысл. Положительной стороной этой модели является «учет тотальной пронизанности «объективного» мира субъективным», в отличие от характерного для системы здравоохранения пренебрежения субъектом.

Важность исследования ВКБ подчеркивается многими отечественными учеными, которые отмечают, что неадекватно сформированная ВКБ может осложнять течение болезни, препятствовать успешности лечебных мероприятий и приводить к стойким нарушениям развития личности (Рохлин Л.Л., 1957; Смирнов В.М., Резникова Т.Н., 1983; Рожнов В.Е., 1985; Николаева В.В., 1987; Вассерман Л.И., 1987; Карвасарский Б.Д., 1996 и др.). Кроме того, исследование ВКБ позволяет оценить эффективность психотерапевтических мероприятий и дает возможность разработать наиболее оптимальные реабилитационные программы. Именно поэтому ВКБ считается центральным психологическим образованием, на которое следует направлять психокоррекционные воздействия (Вассерман Л.И., 1987; Николаева В.В., 1987; Резникова Т.Н., 1998 и др.).

2. АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ ОЖОГОВ

Ожоги представляют глобальную проблему в области здравоохранения – по оценкам, в мире ежегодно происходит 195 000 случаев смерти от ожогов. Большинство из этих случаев происходит в странах с низким и средним уровнем дохода и почти половина – в Регионе ВОЗ для стран Юго-Восточной Азии. (Ожоги. Информационный бюллетень №365. Май 2012 г.)

Ожоги формируют 8-12% общего травматизма. Они наносят государству существенный экономический ущерб в результате затрат на дорогостоящую медицинскую помощь (Козулин Д.А., Дмитренко О.Д., 1990), потерь на производстве вследствие длительной нетрудоспособности работающих (Сологуб В.К. и соавт., 1982; Васильчук Ю.М. и соавт., 1988), значительных расходов на социальное страхование временно нетрудоспособных, социальное обеспечение и реабилитацию инвалидов (Григорьев М.Г., Пономарева И.А., 1979; Галустов Г.Н., 1982; Согов Э.Р., 1982; Дмитриев Г.И., 1986). Актуальными являются групповые и массовые ожоги, часто возникающие при пожарах и взрывах в быту и на производстве (Канеп В.В. и соавт., 1983; Булай П.И., Крысько Л.Т., 1986; Повстанной Н.Е. и соавт., 1990).

Потери от ожогов во время Великой Отечественной войны среди сухопутных войск составляли 0,5-1,5% всех раненых, а на флоте – 10% (Джанелидзе Ю.Ю., Постников В.Н., 1951), среди британских войск в Египте, под Эль-Аламейном, 25% пострадавших составили обожженные. В октябрьской войне 1973г. более половины раненых в израильской армии получили ожоги (Levin J.M, Bernstein L.A., 1974). В военно-медицинской практике частота и характер термических поражений зависят от способа ведения войны. Так, по данным зарубежной печати, в военных конфликтах, происходивших без применения ядерного оружия, ожоги наблюдались в 10-30% всех боевых травм (Arzt С.Р., 1978). Исключая период интенсивных боевых действий, большинство военнослужащих получают ожоги в

результате неосторожного обращения с бензином и другими легковоспламеняющимися веществами. Чаще всего при этом поражаются незащищенные одеждой части тела – лицо и руки.

Отмечают, что в современных войнах с применением разного рода оружия: огнеметов, напалма и зажигательных бомб количество ожоговых травм и, их тяжесть значительно увеличиваются. При первых взрывах атомных бомб в городах Японии Хиросима и Нагасаки в 1945 г. термические поражения наблюдались у 80-85% пораженных, причем причиной смерти у половины погибших были ожоги.

По проводимые расчетам в структуре санитарных потерь в случае применения противником ядерного оружия и других средств массового поражения преобладающими (более 75%) будут ожоги различной тяжести в основном, в комбинации с механической травмой и проникающей радиацией.

Таблица 1

Число обожженных, лечившихся в стационарах разных стран (Кузин М.И.,1982)

| Страна | Число населения | Число обожженных, госпитализированных за год, тыс. | Автор, год опубликования работы |
|-----------|-----------------|--|---------------------------------|
| Англия | 45 | 20 | T. Bardey,1965 |
| Алжир | 11 | 3 | F. Zdravic,1965 |
| Югославия | 19 | 7 | Z. Kuleur BПire,1965 |
| США | 214 | 75 | J. Feller,1971 |
| Франция | 52 | 20 | J. Clement,1971 |
| Дания | Более 5 | 0,23 | M.Thompsen,1973 |
| ГДР | 17 | 7 | H. Reodlung,1973 |
| Италия | 55,6 | 20 | C. Centrullo,1974 |

На протяжении последних трех 10-летий частота ожогов во всем мире непрерывно возрастает. По данным Всемирной организации здравоохранения термические поражения занимают третье место среди прочих травм, а в некоторых странах, например в Японии – второе место, уступая лишь транспортной травме (O'Ya H. Inhalation burn statistical study of flammen burned patients and deats resulting from burns in Japan-Burns,1976; V.2, p.115-131). Это объясняется высокой энерговооруженностью современного производства, транспорта, широким использованием токов высокого напряжения, агрессивных химических жидкостей и взрывоопасных газов.

В промышленно развитых странах наибольшее число термических травм возникает в индустриальных районах, тогда как в развивающихся странах, особенно в Африке, ожоги чаще бывают среди сельского населения. Следует подчеркнуть, что до 70% случаев ожогов составляют ожоги, полученные в домашних условиях, а не на транспорте и производстве.

Как сообщает Информационный бюллетень по ожогам (от 05.2012), во многих странах с высоким уровнем дохода показатели смертности от ожогов снижаются, и в настоящее время коэффициент детской смертности от ожогов в странах с низким и средним уровнем дохода более чем в 7 раз превышает аналогичный коэффициент в странах с высоким уровнем дохода.

Несмертельные ожоги являются одной из основных причин заболеваемости, включая длительную госпитализацию, обезображивание и инвалидность, часто сопровождаемые стигматизацией и неприятием.

В 2004 году почти 11 миллионов человек в мире получили ожоги такой степени тяжести, что потребовалась медицинская помощь.

В 2008 году в Соединенных Штатах Америки произошло более 410 000 ожоговых травм и примерно в 40 000 этих случаев потребовалась госпитализация (Ожоги. Информационный бюллетень №365. Май 2012 г).

Алексеев А.А. и Лавров В.А.,2008 сообщают, что в 2007 году в приемное отделение ожоговых отделений (центров) обратилось 42747 человек с ожогами, из них было госпитализировано 46,4%.

Амбулаторно было пролечено 15108 человек. Из них 94,4% составили пациенты с ожогами, 3,2% – с отморожениями, 0,2% – с трофическими язвами и 2,2% – ранами различной этиологии.

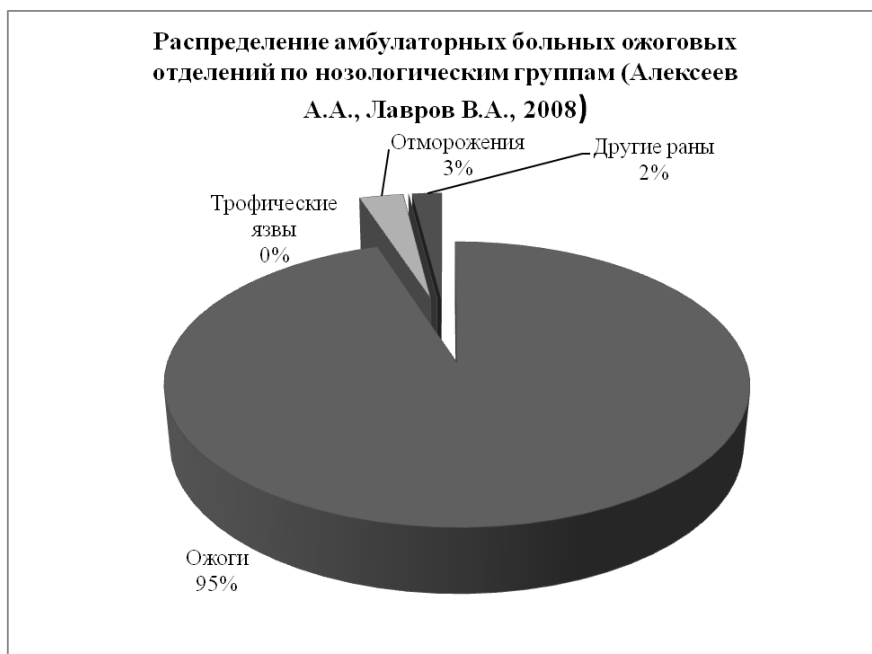


Рисунок 1. Распределение амбулаторных больных ожоговых отделений по нозологическим группам

Из госпитализированных пациентов было 69,7% мужчин и 30,3% женщин.



Рисунок 2. Распределение госпитализированных больных с ожогами по возрасту (Алексеев А.А. и Лавров В.А., 2008)

Среди всех пострадавших от ожогов 28,5% составили дети, причем 12,6% всех детей были в возрасте до 1 года, 38% в возрасте от 1 до 3-х лет и остальные от 3-х до 18 лет (Алексеев А.А. и Лавров В.А., 2008).

Несмотря на определенные успехи, достигнутые за последние два десятилетия в лечении тяжелообожженных, проблема термических поражений сохраняет свою актуальность. Необходимость дальнейшего изучения всех ее аспектов связана с тем, что число пострадавших от ожогов во всем мире неуклонно растет, а результаты их лечения оставляют желать лучшего.

В связи с этим преимущественно в медицинской литературе имеется много работ, посвященных вопросам диагностики, патоморфологии, психических нарушений, фармакологии ожоговой болезни, психологические же аспекты ожогов в отечественной литературе освещены явно недостаточно.

Ожоговая травма, как указывает Van Loey N.E. et al., 2003 – это часто трагическое (опустошительное) событие, имеющее долгосрочные физические и психологические последствия. Ожоговые шрамы после глубоких кожных повреждений являются косметическим уродством, ведущим к изменению внешнего вида тела. Кроме того, травматический характер ожогового поражения и болезненное лечение могут вызывать психопатологические реакции. Депрессии и посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), которые распространены в 13-23% и 13-45% случаев, соответственно, являются наиболее распространенными направлениями исследований у ожоговых пациентов. Факторы риска, относящиеся к депрессии, – это предожоговая депрессия и женский пол в сочетании с обезображиванием лица. Факторы риска, связанные с ПТСР – это предожоговая депрессия, тип и тяжесть базовых симптомов, тревога, связанная с болью, и внешняя обезображенность. Описываются также нейропсихологические проблемы, которые в основном, связаны с электрическими повреждениями. Социальные проблемы включают трудности в сексуальной жизни и социальном взаимодействии. Имеются данные о том, что качество жизни, по-видимому, уже изначально, ниже у ожоговых пациентов по сравнению с общей популяцией. Проблемы в психической области доставляют больше хлопот, нежели физические проблемы. Хотя литературные данные на протяжении многих лет все-таки сообщают о том, что «качество жизни, скорее, хорошее». Опосредующие переменные, такие как низкая социальная поддержка, эмоции и избегающие стратегии копинга, и такие черты личности, как невротические состояния и низкая экстраверсия, негативно влияют на корректировку ожоговой травмы. **Van Loey N.E. et al., 2003 отмечают, что доступно всего несколько работ, посвященных психологическим исследованиям ожоговых пациентов.**

Попытаемся в нашей работе представить современное состояние исследований, в которых затрагиваются психологические аспекты ожоговой травмы.

3. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОЖОГОВ

Ожог (combustio) – повреждение тканей организма, возникающее в результате местного действия высокой температуры, а также химических веществ, электрического тока или ионизирующего излучения. Чаще других встречаются термические ожоги.

Характер повреждения, его тяжесть, способы лечения и исход зависят от многих факторов. В связи с этим существует несколько классификаций ожогов:

По обстоятельствам получения ожога

- производственные;
- бытовые;
- военного времени.

В мирное время производственные и бытовые ожоги возникают приблизительно с одинаковой частотой. В таких отраслях промышленности, как металлургическая и химическая, удельный вес ожогов значительно возрастает, иногда доходя до 20% общего количества повреждений. Наиболее часто наблюдают термические поражения кожи, реже полости рта и дыхательных путей, ещё реже пищевода и желудка.

По характеру действующего фактора

- термические;
- химические;
- электрические;
- лучевые.

Термические ожоги

Термические поражения возникают наиболее часто. Чаще всего встречаются ожоги пламенем (50%) – воспламенение бензина, газов, пламя от печи и т.д. Такие ожоги бывают наиболее тяжёлыми, так как температура пламени достигает 2000-3000 °С. Кроме того, при пожарах обычно присоединяется неблагоприятное воздействие на организм угарного газа. Приблизительно с одинаковой частотой (около 20%) происходит ошпаривание горячими жидкостями и паром. Около 10% ожогов связано с воздействием раскалённых предметов и других факторов.

Химические ожоги

Химические ожоги образуются при попадании на кожу и слизистые оболочки различных химических веществ (кислот, щёлочей). В некоторых случаях пациенты по ошибке выпивают сильные химические жидкости, вызывающие ожог полости рта, пищевода и желудка. Всего на долю химических ожогов приходится 5-7% ожогов.

Электрические ожоги

На долю электрических ожогов приходится около 3%. Их особенность – дополнительное поражение внутренних органов электромагнитным полем.

Лучевые ожоги

Лучевые ожоги могут быть вызваны инфракрасным, ультрафиолетовым и ионизирующим излучением. Воздействие ионизирующего излучения приводит как к местным, так и к общим изменениям в организме, получившим название «лучевая болезнь».

По локализации

По локализации выделяют следующие ожоги:

- функционально активных частей тела (конечностей);
- неподвижных частей тела (туловища);
- лица;
- волосистой части головы;
- верхних дыхательных путей;
- промежности.

Ожоги лица при прочих равных условиях более опасны для жизни. Они часто сочетаются с повреждениями глаз, ротовой полости и ожогами дыхательных путей, что значительно утяжеляет состояние пациентов и прогноз. Весьма неприятны ожоги промежности, так как при этом возможно повреждение мочеиспускательного канала и заднего прохода, что в свою очередь ведёт к нарушению функций внутренних органов и необходимости специальных оперативных вмешательств.

Одни части тела человека функционально активны, подвижны (конечности, лицо, шея), другие малоподвижны (туловище). Особенно неприятны ожоги в области суставов, кистей и стоп.

По глубине поражения

Глубина поражения тканей (степень ожога) имеет наибольшее значение в развитии патологического процесса и прогнозе.

В России наибольшее распространение получила принятая в 1961 г. на XXVII Всесоюзном съезде хирургов **классификация ожогов, включающая четыре степени поражения.**

I степень – поражение на уровне эпидермиса, проявляющееся гиперемией и отёком кожи.

II степень – повреждение всего эпителия с образованием пузырей, заполненных прозрачной жидкостью.

III степень – некроз кожи. Выделяют IIIa и IIIб степени:

IIIa степень – некроз эпителия и поверхностных слоёв дермы;

IIIб степень – некроз всех слоёв дермы вместе с волосными луковицами, потовыми и сальными железами с переходом на подкожную клетчатку.

IV степень – некроз всей кожи и глубжележащих тканей (подкожной клетчатки, фасции, мышц, костей).

Ожоги I, II и IIIa степеней относят к поверхностным, а IIIб к глубоким. Такое разделение носит принципиальный характер. При всех поверхностных ожогах возможно самостоятельное закрытие дефекта, так как сохранены источники эпителизации (камбиальный слой эпителия, выводные протоки сальных и потовых желёз, волосные фолликулы). При глубоких ожогах все возможные источники роста эпителия погибают, самостоятельное закрытие дефекта невозможно.

За рубежом больше распространена классификация К. Крайбиха, включающая пять степеней и отличающаяся лишь тем, что уровень, соответствующий IIIб степени, назван IV, а соответствующий IV степени – V.

Тяжесть повреждения при ожоге зависит от трёх основных факторов:

- глубины (степени) ожога;
- площади поражения (в процентах);
- локализации ожога. (Петров С.В., 2005).

4. ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ К ОЖОГАМ

Изучая детерминанты факторов поведенческого риска при ожоговых поражениях (Van Rijn C.J. et al. 1991) выделяет три обстоятельства, которые затрудняют изучение причин получения ожога: 1. Многочисленность деталей (обстоятельств), которые сопровождают ожог и которые нельзя точно определить заранее. 2. Пострадавшие часто плохо знакомы со всеми возможными мерами предупреждения ожога (полезными и бесполезными). 3. Полезность профилактических мер часто зависит от

наличия ситуации укрытия. Совет, который дают авторы, **чтобы избежать ожоговых поражений: всегда и везде осуществлять безопасное поведение, чтобы оно стало привычкой.**

Существует общепринятая точка зрения, что психическая патология предрасполагает к выбору неадаптивной модели поведения и тем самым к получению травмы.

В известной мере возникновению ожогов может способствовать переутомление. Старческий ма-разм, кровоизлияние в мозг, действие морфина и других наркотиков, состояние алкогольного опьянения, ослабляя самоконтроль, также служит способствующими факторами в возникновении ожогов (Арьев Т.Я.,1966).

В наиболее репрезентативных по критериям отбора исследованиях уровни преморбидной психопатологии очень высоки: у всех (Andreasen N.J.C. 1972), у 2/3 (Simon J.M ,Chirino A., 1978) у 69% (Rockwell E. et al, 1988), почти у 1/2 (Noyes S.R., 1979; Cassone P., Mag Jasani G., 1981; Vogtsberger K.N., 1984) больных.

Часто указываются органические поражения головного мозга, наблюдавшиеся то у каждого четвертого, то у каждого десятого (Noyes S.R., 1979) обожженного. Характерологические расстройства обнаруживаются: у каждого десятого (Noyes S.R., 1979), у каждого шестого (Berry C.C., 1984) и даже у трех из пяти (Vogtsberger K.N., 1984) больных. Хронический алкоголизм («под которым часто скрывается психическое заболевание, облегчаемое приемами алкоголя» (Lundgeist G., 1972) найден: у каждого третьего (Mac Arthur, Moore F., 1975; Berry C.C., 1984), у каждого пятого-шестого (Vogtsberger K.N., 1984); Darko D.F. et al, 1986) или у каждого десятого (Noyes S.R., 1979) больного. Berry C.C. и Darko D.F. указали еще на неясные группы «пьянства» – 8% и 31% соответственно.

Swenson I.R. et al (1991), исследовавшие пациентов, злоупотреблявших алкоголем и медикаментами (метамфетамин, кокаин), сообщают, что механизмы ожогового поражения у этих пациентов содержали в себе «случайное» ожоговое поражение, связанное с сильной интоксикацией и самоожог, обусловленный психозом или депрессией.

Безотносительно к окончательному диагнозу, в алкогольном опьянении травму получили: каждый шестой (Кряжев Е.В., 1971; Darko D.F., 1986), или каждые два из пяти (Mac Arthur I.Q., Moore F.D., 1975; Berry C.G., 1984), либо половина (Vogtsberger R.N., 1984) обожженных. Последний автор указал, что ожог в состоянии алкогольного опьянения, обычно получали молодые люди в возрасте 27-34 лет.

Некоторые авторы указывают на высокую частоту несчастных случаев в анамнезе больных ожоговой болезнью. Simon I.M., Chirino A.,1978 нашли их у каждого шестого больного. Darko D., 1986 – у каждого пятого; Andreasen N.I.C., 1972, которая отнесла эти травмы к «полупреднамеренному самоубийству» у двух из пяти, а Cassone P., Mag Jasani G.,1981 – у половины.

Получению травмы способствует и то, что перед несчастным случаем две трети больных находились в состоянии психогенного стресса, вызванного невозможностью найти выход из жизненных трудностей (Beneni F. ,1981; Cobb N. et al , 1991), причем ретроспективно больные в трех случаях из четырех считали, что ожога можно было избежать. К тому же в год перед получением травмы, у обожженных случалось в среднем в два раза больше перемен в жизни, чем в предыдущий год (Noyes S.R., 1979), что, по-видимому, имело эффект кумулятивного стресса и снижало адаптацию. Методами приведенных исследований выступали психиатрическое обследование, сбор психиатрического анамнеза у больных, социального анамнеза у родственников, ретроспективный анализ историй болезни, иногда методы не уточнялись.

Palmu R. et al , 2010 указывают на то, что преморбидное употребление психоактивных веществ провоцировало как получение собственно ожоговой травмы, так и развивавшуюся на фоне травмы психиатрическую патологию. Кроме того, сам по себе ожог также предрасполагал к психиатрической патологии, особенно к бреду.

Таким образом, **наиболее часто среди факторов, предрасполагающих к получению ожоговой травмы, указываются органические поражения головного мозга, характерологические расстройства, алкоголизм и употребление психоактивных веществ.**

Вопросы о выборе самоожжения в качестве способа самоубийства имеют косвенное отношение к рассматриваемой проблеме. Огонь является символом агрессии, насилия и очищения. Bachelard G.,1949 писал, что нет для бессознательного более тонко-интимного переживания, чем представление о пожираемом пламенем человеческом теле. Здесь есть большие транскультуральные различия.

Самосожжение – традиционно женский способ самоубийства в исламских странах. (В Европе и Северной Америке он получил некоторое распространение лишь после репортажей из Сайгона, где в 1963 г. и позднее самоожжение устраивали буддистские монахи). Имеются сообщения и о политически мотивированных суицидах (например, см. Bhugra D., 1991). Во французской и австралийской по-

пуляциях Giacalone T., 1980 и Persley G.V., Pegg., 1981 обнаружили примерно равное распределение по полу среди покушавшихся на самоубийство. Первый автор обнаружил типичные весенне-осенние пики и преобладание молодых лиц, во втором исследовании психопатология составила 68%, носившая, преимущественно, аффективный характер. Giacalone T. обследовали своих больных с применением батареи проективных тестов и заключили, что выбор способа отражает высокую серьезность намерения (30-36% имели суицидальные попытки в анамнезе; указывается также на чрезвычайную витальность аффекта на высоте депрессивной фазы).

5. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ В МОМЕНТ ОЖОГА

Само получение ожога, особенно в большом пожаре, является сильнейшей психотравмой. Ретроспективно оценивая поведение больных в момент получения травмы Гельфанд В.Б. и Николаев Г.В., 1980, 1983 почти в 30% случаев нашли аффективно-шоковые реакции в гиперкинетическом варианте. Königowá P. и Pondělíčėk I., 1980 назвали это состояние перераздражением психических процессов, для которых считают характерными симптомами гиперкинез, хаотичное возбуждение или дезориентировку, фуги (Гельфанд В.Б. и Николаев Г.В. указывали, что пораженный может устремляться в сторону наибольшей опасности), потерю механизмов защиты, агрессию и травмагнозию. Авторы подчеркивали опасность интердикции (психотравмагнозию) большого числа пораженных, приводящего в случае массовой катастрофы к растормаживанию атавистических форм поведения, аффективным вокализациям, стереотипиям и эхопраксиям. На деле это означает панику, хаос и «слепое действие» толпы. Königowá P. и Pondělíčėk I., 1980 выделили еще состояние торможения психических процессов, отличающееся «отреагированием», апатией, анальгезией, ступором (или каталепсией) и травмагнозией. Патогенетическим механизмом они полагали вегетативную стимуляцию (симпатовагальную), осложняющуюся психогенной (стрессовой) смертью, психогенными психозами и шоковыми реакциями. Гельфанд В.Б. и Николаев Г.В. подчеркивали, что наблюдаемые реакции не зависели от пола, возраста и личности больного, «весьма непродолжительны» и сопровождались частичной или полной амнезией.

Психологические реакции в момент получения ожога оценивались нами (Лафи С.Г., 1995) ретроспективно: со слов пострадавших или со слов очевидцев несчастного случая. Поведение пострадавшего, хотя и в каждом случае сугубо индивидуальное, зачастую характеризовалось неадекватностью, хаотичностью, нередким игнорированием имеющихся под рукой средств защиты, проявлением неожиданных физических возможностей (например, обожженный военнослужащий К., потерявший обе стопы вследствие взрыва, совершал сложные действия (бег по пересеченной местности, езда в машине) в течение нескольких часов. Обожженные совершают активные, но почти всегда хаотичные действия, пытаются тушить себя, кричат, зовут на помощь. Это активный вариант психологической реакции в момент получения ожога.

Параллельно с этим можно выделить пассивный вариант психологической реакции в момент получения ожога, когда обожженные реагируют на полученные травмы оцепенением, теряют «дар речи», «не могут двинуть ни рукой, ни ногой», неподвижно застывают на месте. Позже пациенты критически оценивали свое поведение и сожалели о нем.

И при активной и при пассивной психологической реакции на получение ожога полностью сохраняются воспоминания об ожоге. И в том и в другом случае пострадавшие отмечают отсутствие «осознанных» мыслей, автоматичность совершаемых действий.

Эти два варианта реакции на ожог (соответственно, гиперкинетический и гипокинетический варианты) описывались Königowá P. и Pondělíčėk I., 1980, Гельфандом В.Б., Николаевым Г.В. (1980, 1983), Качаловым П.В., 1990. Наши данные полностью подтверждают наблюдения последнего автора о несвязанности варианта реакции с полом, возрастом или доожоговой психологической и психической отягощенностью. Следует отметить лишь тот факт, что само возникновение аффективных реакций достоверно связано с получением тяжелых ожогов. Продолжительность аффективных реакций при ожоге невелика: при тушении огня, охлаждении обожженной поверхности, уменьшении воздействия источника боли они исчезали.

6. КЛАССИФИКАЦИЯ И ТЕЧЕНИЕ ОЖГОВОЙ БОЛЕЗНИ

6.1. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОЖГОВОЙ БОЛЕЗНИ

При обширных и глубоких ожогах развивается клинически выраженная общая реакция организма, она начинается с первых часов после получения травмы и продолжается некоторое время после полного восстановления кожного покрова. При этом общие расстройства могут быть столь серьезными, что способны вызывать тяжелые осложнения и приводить к летальному исходу.

Ожоговая болезнь – совокупность клинических симптомов, общих реакций организма и нарушения функций внутренних органов при термических повреждениях кожи и подлежащих тканей.

Признаки ожоговой болезни наблюдаются при поверхностных ожогах более 15-25% поверхности тела и глубоких ожогах более 10%. Основным фактором, определяющим тяжесть течения ожоговой болезни, её исход и прогноз, – площадь глубоких ожогов. Большое значение имеют возраст пострадавшего и локализация ожога. У людей старческого возраста и детей глубокое поражение даже 5% поверхности тела может привести к летальному исходу. (Петров С.В., 2005).

В течении ожоговой болезни выделяют четыре периода.

I период – ожоговый шок. Начинается сразу или в первые часы после травмы, может продолжаться до 3 сут.

II период – острая токсемия. Продолжается в течение 10-15 дней после получения ожоговой травмы.

III период – септикотоксемия. Начало периода связано с отторжением некротических тканей. Зависит от тяжести ожога, развития осложнений, характера лечебных мероприятий. Продолжительность от 2–3 нед до 2-3 мес.

IV период – реконвалесценция. Наступает после спонтанного заживления ран или оперативного восстановления кожного покрова:

Представленное деление течения ожоговой болезни на периоды несколько условно, так как не всегда можно провести четкую границу между ними. Многое зависит от тяжести травмы, индивидуальных особенностей пострадавшего, проводимого лечения и сроков оперативного восстановления кожного покрова при глубоких ожогах.

6.2. ПЕРИОДЫ ОЖГОВОЙ БОЛЕЗНИ С ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ТОЧКИ ЗРЕНИЯ

Работы, посвященные освещению ожоговой болезни с психологической точки зрения, немногочисленны. Некоторые авторы (Bereni-Marzook et al, 1982; Patricia Mieszala R.N., 1977) пытаются представить описание периодов ожоговой болезни с психологической точки зрения. Так, Bereni-Marzook et al (1982) выделяет четыре психологические фазы: 1. Критическую (сразу же после поступления больного в стационар), 2. Фазу стабилизации. 3. Фазу выздоровления. 4. Период перед выпиской (табл. 2).

Таблица 2

Классификация периодов ожоговой болезни с психологической точки зрения Bereni-Marzook et al. (1982)

| Психологические фазы | Характеристика |
|------------------------------|--|
| Критическая фаза | В течение нескольких дней, следующих за поступлением в стационар, больного занимают его переживания, связанные с болезненными ощущениями и прогнозом на выздоровление. Симптомы либо исчезают, либо сохраняются. Больного не интересуют соседи по палате. Очень часто кошмарные сновидения, связанные с несчастным случаем. Все мысли больного связаны с проводимым лечением. |
| Фаза стабилизации | Больной уверен, что выживет. Однако депрессия сохраняется и даже усиливается. Появляется гнев, агрессивность по отношению к персоналу, недовольство долгим пребыванием в стационаре. Устанавливается контакт между пациентом и психотерапевтом. Больной требует внимания к себе. |
| Фаза выздоровления | Больной оправляется от своих болевых и моральных потрясений. В поведении начинает проявляться настоящий характер. Больной контактирует с соседями, помогает вновь прибывшим. Больной выздоравливает не только физически, но и психологически. |
| Период перед выпиской | Дни, предшествующие выписке из стационара, связаны с волнением пациента. Больной, конечно, рад, что покидает палату, где он так много страдал, но в то же время он боится остаться без квалифицированной помощи. Физические функции в норме, но психологические еще страдают. Депрессия маскируется под эй-форию. Волнение, связанное с длительным пребыванием в больнице сменяется обеспокоенностью по поводу дальнейшей профессиональной и семейной жизни. |

Patricia Mieszala R.N. (1977) считает, что эмоциональная и психологическая реакция обожженных является важным фактором, который должен учитываться при лечении этой категории больных. Она выделяет следующие психологические реакции (таблица 3).

Таблица 3

Психологические реакции на ожог по Patricia Mieszala R.N. (1977)

| Этапы | Психологические реакции | |
|--|--|---|
| Ожог | Происходит внезапно. Человек испытывает физический и психологический стресс. Все жизненные функции внезапно нарушаются. Но тяжелая физическая и эмоциональная травма от ожога не кончается после того, как произошло это событие, а, пожалуй, лишь начинается с момента длительного пребывания больного в больнице. Большую роль играют преморбидные особенности больного. Сведения о них можно получить 1) анализируя обстоятельства ожога, 2) анализируя историю больного до получения ожогов. | |
| Послеожоговые этапы | Психологические реакции | Содержание психологических реакций |
| Физическая реакция. Начальная (реанимационная) | Психологические реакции. Непосредственная реакция | а) Пациенты становятся тревожными, реактивными и рациональными. В это время они могут говорить или не говорить о деталях ожоговой ситуации, чувстве боли, страхе или смерти. Часто они теряют способность говорить, кажутся обессиленными. б) "Флуд-реакция". Имеет место сразу после ожога и проявляется в течение очень короткого времени, когда пациент пытается найти выход. Он видит многочисленные решения, перед ним стоит вопрос выбора жизни и смерти, потери функции; ответственность, связанная с семьей и т.д. |
| Острый этап (заживление раны) | Критическая реакция или констрикция | Наступает через несколько дней после ожога и длится несколько недель. Пациент становится замкнутым, почти не интересуется окружающей обстановкой, семьей, пациентами. (Эта форма поведения названа констрикцией). Констрикция, очевидно, связана со следующими физическими и психическими факторами: замкнутость, связанная с переживанием боли, нежеланием иметь напоминание о волнующих проблемах, связанное с будущим желание уменьшить психологически неприятные напоминания, связанные с ожогами). |
| Реактивный этап | Реактивная фаза | Переход к этой фазе постепенный. Пациент демонстрирует свое отношение к болезненным процедурам, перевязкам. Он начинает реагировать на вид ран. Его начинает мучить вопрос «почему я?». Часто отмечается враждебное отношение к персоналу. Отношение к лечению противоречивое. Либо пациент не хочет делать ничего, считая, что все заживает само, либо делает больше, чем положено. Ночные кошмары. Враждебность и обвинение других в своем несчастье представляет наибольшую проблему при лечении обожженных в этой фазе |
| Этап реабилитации (функциональной, косметической) | Фаза реабилитации | Появление идей о возможности выздоровления и восстановления функций. Пациент начинает задумываться о будущем. Он интересуется разного рода информацией; появляется интерес к семейным отношениям. Он пытается испытать свою новую роль в отношениях со здоровыми людьми в больнице. При выписке пациент испытывает противоречивые чувства, особенно при контакте с посторонними людьми. |

7. ТРАВМАТИЧЕСКИЙ СТРЕСС ПРИ ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ

7.1. СТРЕСС. ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТРЕССА. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СТРЕССА

Проблема стресса сложна, существуют разные определения стресса. Рассмотрим классическое определение стресса. «Стресс – это состояние психического напряжения, возникающее у человека в процессе деятельности в наиболее сложных, трудных условиях как в повседневной жизни, так и при особых обстоятельствах, например во время космического полёта» (Психологический словарь. Изд-во «Педагогика», М., 1997 г.). Часто в качестве синонима употребляется понятие «адаптационный синдром». Адаптационный синдром – совокупность адаптационных реакций организма человека и животных, носящих общий защитный характер и возникающих в ответ на значительные по силе и продолжительности неблагоприятные воздействия – стрессоры (Психологический словарь., стр. 11). Следующее важное понятие – понятие «стрессоров». Стрессоры – это неблагоприятные, значительные по силе и продолжительности внешние и внутренние воздействия, ведущие к возникновению стрессовых состояний. К числу стрессоров относят: сильные физические и психические травмы, кровопотерю, большие мышечные нагрузки, инфекции, ионизирующее излучение, резкие изменения температуры, многие фармакологические воздействия и др. факторы (Психологический словарь., стр. 371).

Термин «стресс» восходит к области физики, где он относится к любому напряжению, давлению или силе, прикладываемый к системе. Иное значение дал ему Hans Selye. в 1926 году, обративший внимание на то, что у всех пациентов, страдающих от самых разных соматических недугов, имеется ряд общих симптомов: потеря аппетита, мышечная слабость, повышенное артериальное давление, утрата мотивации к достижениям (Selye H., 1974). Selye H. обозначил это понятие «синдром просто болезни» (Selye H., 1956). В своих ранних работах Selye H. использовал термин «стресс» для описания «совокупности всех неспецифических изменений (внутри организма), функциональных или органических». Более современное определение Selye H. таково: «неспецифическая реакция организма на любое требование извне» (Selye H., 1974). Определение имеет своих сторонников и противников. Наиболее часто критикуется аспект этого определения, связанный с вопросом о том, насколько «неспецифичной» является стрессовая ситуация. Ганс Селье говорит о том, что само понятие «стресс» вызвало много нареканий, и он заменил его на слово «повреждающий» («вредный») – временно, пока не уточнится понятие. Первая статья о стрессе 4 июля 1936 года – написана была в форме письма в редакцию английского журнала «Nature» и называлась «Синдром, вызываемый различными повреждающими агентами». Г. Селье употребил также термин «реакция тревоги» для обозначения первоначальной реакции (считал, что оно представляет собой соматическое выражение общего «призыва к оружию» защитных сил организма). Г. Селье выделил следующие стадии развития стресса: 1) первая стадия – реакция тревоги (РТ), 2) вторая стадия – адаптации или резистентности (СР). Проявления этой стадии совершенно отличаются от тех, которые характеризуют первую стадию РТ, а во многих отношениях прямо противоположны ей (т. к. включаются физиологические механизмы), 3) третья стадия – стадия истощения. После длительного воздействия повреждающего агента достигнутая адаптация снова теряется. Г. Селье назвал эти проявления «ГАС» – генерализированный адаптационный синдром

Эверли Дж.С., 1985 резюмирует ключевые понятия, относящиеся к стрессу:

1. Стресс – это реакция на значимый раздражитель.
2. Стрессовая реакция является психофизиологической реакцией. Она включает в себя сложные взаимоотношения психического и соматического (Selye H., 1974; Mason, 1972; Selye H., 1956).
3. Стресс характеризуется потенциально широким набором реакций, которые приводят к психофизиологическому возбуждению. Внешние признаки стресса обычно проявляются возбуждением, однако, известно, что стрессовая реакция может приводить к таким запредельным формам возбуждения, которые вызывают настоящее замедление, торможение или полное прекращение деятельности систем, подверженных стрессору (Engle, 1971; Gellhorn, 1968; Selye H., 1956, 1976).
4. Раздражитель, вызывающий стрессовую реакцию, называется стрессором. Он становится таковым в силу когнитивной интерпретации, т.е. значения, которое человек ему приписывает (Ellis, 1973; Kiotz, Moos, 1974; Lazarus, 1966, 1976; Malmö, 1972), или из-за воздействия раздражителя на индивида через какой-либо сенсорный метаболический процесс, являющийся сам по себе стрессогенным (Cutting, 1972; Gieden, 1974).

Таким образом, если личность интерпретирует некий раздражитель окружающей среды как вызывающий или неприятный, то результатом чаще всего будет стрессовая реакция. С другой сто-

роны, симпатомиметики способны сами по себе вызвать стрессовую реакцию вследствие достаточно долгого их воздействия на человека.

Эверли Дж.С., 1985 указывает на важность понимания того факта, что большей частью чрезмерный стресс инициируется и продуцируется самим человеком, когда нейтральному стимулу приписываются стрессирующие характеристики. Kitz и Moos., 1974 предполагают, что социально значимые стимулы воздействуют на человека опосредованно, преломляясь через интерпретацию человеком того или иного стимула. Интерпретация зависит от таких параметров, как личностные аспекты, социальный статус, социально-ролевое поведение. Т.е. имеет значение не то, что с вами происходит, а то, как вы это воспринимаете (Selye Н., 1956).

5. У многих людей хроническое вызывание стрессовой реакции может привести к дисфункциональным и патологическим нарушениям конечного органа (орган, в котором проявляются клинические признаки чрезмерного стресса), характеризующиеся структурными изменениями в ткани и функциональной системе органа – мишени. Когда эти изменения возникают вследствие стресса, такая болезнь получает название психосоматического или психофизиологического заболевания.

6. Стрессовая активация обладает не только отрицательными, но и положительными чертами.

Большинство авторов рассматривают стрессовую реакцию как врожденный защитный механизм, который на ранних периодах эволюционного развития дал возможность человеку выжить в первобытных условиях. Сущность психофизиологической стрессовой реакции заключается в «подготовительном» возбуждении, активизации, необходимой для готовности к физическому напряжению. Если стрессовая реакция выполняет эту функцию, её адаптивная ценность становится очевидной. Однако стрессовую активацию у современного человека в условиях преимущественно психосоциальной стимуляции, можно считать неадекватным возбуждением примитивных защитных механизмов (организм активизируется для физической деятельности, однако она редко бывает оправдана) (Benson, 1975)

Selye Н. (1956, 1974) различал конструктивный и деструктивный стресс, указывая таким образом, что не всякий стресс является вредным. Он считал, что стрессовая активация может быть положительной мотивирующей силой, улучшающей субъективное «качество жизни». Он назвал такой положительный стресс – «эустрессом», а ослабляющий, чрезмерный стресс – «дистрессом». Существует точка, в которой достигается оптимальный уровень стресса, после чего стресс становится вредным для организма. Эта точка (т.е. максимальная толерантность к стрессу как продуктивной силе), по видимому, является функцией врожденных биологических, а также приобретенных физиологических и поведенческих факторов.

7. Важно помнить различие, что стресс является процессом психофизиологического возбуждения, тогда как его патологические воздействия на конечные органы (мигрень, язвенная болезнь и т.д.) есть проявления психофизиологических стрессовых реакций, спровоцированных повторными и (или) интенсивными раздражителями. Лечение патологических изменений в «концевом органе» должно проводиться врачом. Но и такие работники, как психологи, физиотерапевты, социальные работники, специалисты по санитарно-гигиеническому просвещению, могут оказывать эффективное воздействие на стрессовый процесс. Сюда входит лечение чрезмерного стресса и тревоги, которые сопутствуют и нередко обостряют хронические инфекционные заболевания и болезни, сопровождающиеся перерождением тканей (Basmajan, Hatsen, 1979).

При анализе стрессоров для правильного прогнозирования спектра их действий надо учитывать совокупность характеризующих их специфических и неспецифических факторов.

Основные факторы, от которых зависит экстремальность стрессоров, следующие:

1. Субъективная оценка опасности стрессора для целостности субъекта (физической целостности, целостности социального статуса, целостности исполнения его желаний и др.);

2. Субъективная чувствительность к стрессору, т.е. степень субъективной определенности, значимости стрессора для субъекта;

3. Степень неожиданности стрессора;

4. Близость действия стрессора к крайним точкам шкалы «приятно-неприятно»;

5. Продолжительность действия стрессора при сохранении его субъективной значимости;

Экстремальность обусловлена неопределенностью продолжительности сроков действия стрессора либо неожиданным его продлением.

Чем более субъективно значимо событие (например, за счет осознания опасности) и чем более определенным оно является для субъекта (например, за счет интенсивности воздействия), тем больше вклад этого воздействия в актуализацию программы активного поведения.

Однако эффект стрессора не ограничивается лишь его специфическим действием, он обусловлен также и психологическими особенностями человека. Так, непосредственная опасность для жизни, сильная боль, которые признаются сильными стрессорами, могут не быть таковыми в связи с выполнением социальной роли или в связи с религиозными мотивами. Экстремальность может иметь разную степень выраженности. Экстремальность следует характеризовать не только по внешним признакам, но и по психологическим, учитывая своеобразие психологического облика субъекта, его мотивации установок и т.д.

Травмирующие события в жизни людей неожиданны, и на эту внезапность человек реагирует сначала на сенсорном уровне – состоянием оценивания, которое быстро сменяется особой активностью личности, получившей в психологии название «когнитивное оценивание». Это процесс распознавания особенностей ситуации, выявление негативных и позитивных ее сторон, определение смысла и значения происходящего. С появлением значения возникают качественно новые эмоции. От уровня развития механизма когнитивного оценивания, его гибкости, от способности человека с разных точек зрения рассматривать трудную ситуацию зависит правильный выбор стратегии совладания с травмирующим событием. Успешность когнитивного оценивания зависит от уверенности человека в своей способности контролировать окружающий мир, от способности актуализировать весь свой жизненный опыт и уверенности в помощи других людей. Главным результатом когнитивного оценивания является заключение человека – подконтрольна ли ему ситуация или он не сможет ее изменить.

Виды стрессоров.

В зависимости от механизма возникновения стресса различают два его вида – физиологический и психологический. С этой точки зрения можно выделить физиологические и психологические стрессоры.

Физиологические стрессоры в своем биологическом влиянии на индивида превосходят некоторые средние, оптимальные величины, что ведет к нарушению равновесия внутренней среды организма и угрожает его гомеостазу. Таким образом, они превышают адаптационные возможности индивида. К ним относятся различные изменения среды обитания, лишения сна, шум и т.д.

В отличие от физиологических **психологические стрессоры** затрагивают психологические структуры. Можно выделить три группы психологических стрессоров. К первой группе относятся факторы новизны, необычности и внезапности, влияние которых определяется отношением субъекта к прошлому опыту. Например, резкие звуки, яркие вспышки света. Вторая группа обусловлена характером деятельности, особенностями ее протекания. Это те случаи, когда сама задача предъявляет повышенные требования к человеку. Например, дефицит времени, ухудшение условий работы. К третьей группе относится изменение мотивации субъекта, его отношение к задаче. Воздействие стрессоров на индивида имеет интегральный, комбинированный характер, вовлекая одновременно и физиологические и психологические процессы.

Г. Селье указывал, что для развития стресса нужно сочетание воздействий. «Совокупность факторов может таким образом подготовить организм, что он будет отвечать на разные выявляющие агенты стереотипной реакцией, характер которой можно предсказать». По мнению Г.Селье развитию стресса должен предшествовать целый ряд факторов экзогенных и эндогенных, казалось бы, не являющихся стрессорами сами по себе. Поэтому болезни адаптации, возникающие в результате стресса, могут быть не у каждого человека, подвергнувшегося действию идентичного стрессора.

7.2. ОСТРАЯ РЕАКЦИЯ НА СТРЕСС

Острая реакция на стресс – транзиторное расстройство значительной тяжести, которое развивается у лиц без видимого психического расстройства в ответ на исключительный физический и психологический стресс и которое обычно проходит в течение часов или дней. Стрессом может быть сильное травматическое переживание, включая угрозу безопасности или физической целостности индивидуума или любимого лица (например, природная катастрофа, несчастный случай, битва, преступное поведение, изнасилование) или необычно резкое и угрожающее изменение в социальном положении и/или окружении больного, например, потеря многих близких или пожар в доме. (World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders. Clinical description and diagnostic guideline. Geneva: World Health Organization, 1992).

Мы считаем целесообразным различать острую реакцию на стресс, эквивалентом которой, в большинстве случаев, по нашему мнению, является травматический стресс и посттравматическое стрессовое расстройство, развивающееся спустя полгода после травмы.

8. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССА ПРИ ОЖГОВОЙ БОЛЕЗНИ

Изучению психологических особенностей травматического стресса при ожоговой болезни была посвящена наша работа (Лафи С.Г., 1995).

Актуальность исследования в научном аспекте определялась необходимостью систематического изучения психологических особенностей различных периодов ожоговой болезни: шока, токсемии, реконвалесценции, возникновения и динамики психологических нарушений и личностных расстройств у обожженных. Заслуживала внимания проблема формирования психологических защит, вопросы реабилитации, послеожоговой адаптации и профилактики. В имевшихся на момент выполнения работы исследованиях (середина 80-х, конец 80-х г.г. 20 века) эти вопросы были разработаны мало или не разработаны вовсе.

В основном, психологические аспекты ожоговой болезни затрагивались и разрабатывались психиатрами. Практически не разработанным являлся вопрос психологических особенностей ожоговой болезни в остром периоде, в то время как психологические проблемы отдаленного периода ожогов обсуждались многими авторами и имелась солидная статистика. В 60-80е г.г. в большом количестве появились методические статьи, предназначенные для практикующих врачей и написанные авторами, имеющими опыт консультирования в ожоговых центрах, хотя их собственный вклад в изучение вопроса не шел далее клинических иллюстраций.

Это работы: Weisz A.E., 1967, Kjaer G.C., 1969, Jorgensen J., Brophy J.J., 1973, 1975, Федотова В.В., Борисова И.В., 1975, Craham W.P. et al, 1976, Harper G., 1978, Malt U. et al, 1978, West A.D., Snuck J.M., 1978, Avni J., 1980, Leroux P., 1980, Cook E.L. et al, 1982, Coodstein P.K., 1985 и др.

В 80-е годы появилось 4 критических обзора литературы, посвященных проблемам ожоговой болезни: Malt U., 1980, Kolman P.V.P., 1983, Eyles P.J. et al, 1984, Cooper M., 1984.

Если суммировать перечисленные в этих обзорах особенности прежних исследований, можно указать следующее: 1. Малый размер выборок в иностранных работах. 2. Использование как критерия группировки одного лишь размера ожога, без его глубины. 3. Неясные социально-демографические характеристики контингента. 4. Неясность обстоятельств травмы и значение преморбидных особенностей. 5. Частое неразделение взрослых и детей. 6. Частое исключение умерших больных. 7. Использование неясных психиатрических и психологических терминов без их определения. 8. Неясность времени начала наблюдения и длительности курации больных. 9. Безуспешные попытки применения таких громоздких методик, как ММРІ или тест интеллекта Векслера (Andreasen N., 1972).

В этих обзорах имелись также рекомендации для дальнейших исследований в этой области: 1. Составлять большие выборки, включая в больных на одном и том же этапе болезни. 2. Детальнее описывать обстоятельства травмы. 3. Тщательнее оценивать психический статус до ожога. 4. Использовать общепонятную оценку тяжести самой ожоговой травмы, с учетом глубины и площади поражения. 5. Обязательно оставить в исследовании группу малых и легких ожогов. 6. Использовать структурированное интервью при оценке состояния больных в течение госпитализации. 7. Наблюдать больных на протяжении всего пребывания в стационаре. 8. Использовать при этом сложные психологические методики, но не громоздкие. 9. Выделять боль как самостоятельную проблему. 10. Проводить во время госпитализации психотерапевтические вмешательства. 11. Иметь в виду результаты, полученные в исследованиях психических нарушений при других соматических заболеваниях или травмах.

В своей работе мы попытались учесть эти рекомендации и получить статистически значимые результаты. Собственно практическая работа заняла около 8 лет (с 1987 по 1995 г.г.)

Отсутствие достаточного психологического обеспечения пострадавших при все более ухудшающемся медицинском обслуживании делало актуальным поиск наиболее эффективных методов укорочения периода психологической реабилитации, удешевления реабилитационных мероприятий и быстрого возвращения пострадавших к нормальной жизнедеятельности. Все это определяло актуальность исследования в научном плане.

Нами впервые была выявлена психологическая динамика травматических стрессовых расстройств в различных периодах ожоговой болезни (шок, токсемия, реконвалесценция). Изучена распространенность и выраженность психологических нарушений и личностных расстройств на разных стадиях болезни. Описан период осознания дефекта, типы эмоционального реагирования на травму в различных периодах ожоговой болезни и варианты возникших в ходе болезни психологических защит. Прослежено формирование неадекватного уровня притязаний и самооценки. Оценен комплекс

факторов преморбидного и психолого-социального статуса обожженных в контексте представлений о предрасположенности к ожогу и психологически-отягощенного протекания ожоговой болезни. Обнаружена значимо низкая личностная тревожность в группе обожженных, имевших несчастные случаи в анамнезе и более острая реакция на полученный дефект в социально-неблагополучной группе. Исследовано влияние локализации поражения на депрессию и тревожность обожженных. Проведен анализ зависимости между такими параметрами, как уровень депрессии, ситуативной и личностной тревожности и возраста пострадавших на всех этапах пребывания пострадавшего в клинике. Показано, что такие переменные, как ситуативная (реактивная) тревожность и депрессия являются зависимыми друг от друга, а такие переменные, как уровень депрессии и личностная тревожность, возраст и тревожность не зависимы друг от друга. Впервые разработаны критерии оценки наблюдаемых психологических расстройств на разных стадиях ожоговой болезни и описаны прогностические возможности этих критериев.

В тексте данной главы мы используем материалы нашего диссертационного исследования Лафи С.Г., 1995, а также ряд последних литературных данных, имеющих отношение к рассматриваемым вопросам.

8.1. МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОБОЖЖЕННЫХ

Методы исследования.

Во Всесоюзном ожоговом центре института хирургии им. А.В. Вишневского (ныне Отдел термических поражений).

Ожоговый центр ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Министерства здравоохранения Российской Федерации) в период с 1987 по 1993 год (в 1989-90 г.г. работа велась параллельно в ожоговом центре Тульской областной больницы) нами обследовано 105 пострадавших с ожоговой болезнью, которые имели 3А и 3Б степень ожога, т.е. такую, которая впоследствии оставляет неизгладимые кожные дефекты).

На каждого пострадавшего заводилась специальная карта психологического наблюдения, в которой указывались Ф.И.О. пострадавшего, год рождения, образование, профессия, обстоятельства получения ожога, локализация и степень ожога, особенности поведения больного в стационаре (при поступлении и в ходе лечения), фиксировались беседы с родственниками и лечащим персоналом, собственные наблюдения, вносились качественные и количественные результаты психодиагностической оценки психологического статуса больного после каждой встречи, делались предварительные выводы. (Образец карты имеется в Приложении (1)). Тяжесть полученной травмы оценивалась врачами Ожогового центра с учетом глубины и площади поражения в соответствии с критериями, принятыми в Ожоговом центре: легкие ожоги (поверхностные, 1, 2 и 3А степени площадью до 15% поверхности тела и глубокие 3Б и 4 степени – до 5%), средней тяжести (поверхностные от 16 до 30% и глубокие от 6 до 15%) и тяжелые (поверхностные 31% и более глубокие 18% и более). Все обследованные пострадавшие имели 3А и 3Б степень ожога средней тяжести.

Первоначально основными методами исследования были традиционные патопсихологические методы, направленные на диагностику актуального состояния психических функций больного, применялся опросник самоотношения (ОСО), шкалы самооценки Ч.Д.Спилбергера (в редакции Ю.Д.Ханина), модифицированная методика Дембо-Рубинштейн, фрустрационный опросник Бека, методика незаконченных предложений и др. Для экспериментального исследования личности применялись методики субъективного шкалирования и самооценки, элементы ТАТ, тест Сонди и быстрый вариант цветового теста Люшера.

В процессе работы мы пришли к выводу, что, во-первых, используемые опросники должны быть необременительны для больных (поскольку продуктивное общение с пострадавшим возможно лишь в течение 15-20 минут), во-вторых, используемые опросники должны давать исчерпывающую информацию на момент обследования, в-третьих, выбор опросников должен определяться их повсеместным использованием, что давало бы возможность сравнить полученные данные с результатами других исследователей по этой проблеме.

Таким образом, психологическая оценка личностного статуса пострадавших от ожога в конечном итоге осуществлялась с помощью батареи методов, куда входили два психометрических опросника: опросник С.Р. Spielberger et al. (1970), опросник А.Т. Beck, А. Beamsderfer (1974) и быстрый вариант теста Люшера.

Первый опросник – опросник реактивной и личностной тревожности (далее везде РТ и ЛТ). Низким уровнем тревожности считались 20-34 балла, средним 35-44 балла и высоким 45 баллов и выше. Второй – краткая форма опросника депрессии (далее ОД). Отсутствием депрессии считались 0-3 балла, низким уровнем депрессии – 4-7 баллов, умеренным – 8-15 баллов и тяжелым 16 и более.

Опросники депрессии и тревожности относятся к так называемым «бланковым» методикам и предъявляются обычно в анкетном варианте, что в нашем случае было не всегда возможно, нередко больные вследствие обширности травмы не могли самостоятельно заполнить опросники, в этом случае вопросы предъявлялись на слух. Содержание опросников см. в Приложении (2) и (3).

Для оценки актуального эмоционального и личностного состояния применялся быстрый вариант цветового теста Люшера. Техника применения изложена в Приложении (4).

Часто как основной метод, помимо вышеперечисленных, использовалась направленная беседа и метод систематизированного наблюдения.

Для оценки используемых пострадавшими механизмов психологической защиты применялся глоссарий G.E.Vaillant et al (1977, 1987), построенный на опыте 30-летних лонгитюдных исследований. Глоссарий также приведен в Приложении (6). Статистический анализ материала проводился в лаборатории кибернетики института хирургии им. А.В. Вишневского на ЭВМ-ЕС-1033 с применением пакета прикладных программ статистической обработки медицинской информации СОМИ (Степанова М.Д., Птичкина Е.В., 1983) по методике, разработанной А.И. Курочкиной (1980-1982). Достоверность различий средних между группами рассчитывалась по t-критерию Student и критерию хи-квадрат, применялся кластерный и факторный анализ.

Клинико-психологическая характеристика обожженных.

Половой состав.

Среди обследованных ожоговых больных было 77% мужчин (81 человек) и 23% женщин (24 человека).

Возраст обожженных варьировал от 14 до 75 лет. Средний возраст получения ожога был равен 34,8 годам. Распределение обожженных по возрасту представлено на графике 1.

Как видим, более 80% обожженных (84 человека) получили ожог в трудоспособном возрасте до 55 лет, а более 52% (54 человек) получили ожог в молодом возрасте до 33 лет.

Социальное положение. Среди получивших ожоговую травму 56 человек (54%) были рабочими, а 49 человек (46%) – служащими. В последнюю категорию включались также военнослужащие.

Несчастные случаи.

77 человек (72,9%) впервые в течение жизни подверглись несчастному случаю, каковым является настоящий ожог, 28 человек (27,1% в течение жизни уже подвергались несчастным случаям (ожог, удар током, аварии, катастрофы и т.д.)

Преморбидная психопатология.

Под термином «преморбидная психопатология» мы имели в виду либо хронический алкоголизм, либо пограничное состояние, либо психическое заболевание, которые имелись у пострадавшего до момента получения травмы. Эти данные были получены нами по результатам анамнеза, либо по результатам диагностики совместно с врачом-психиатром.

78 человек (74,2%) не имели преморбидной психопатологии.

19 человек (18,8%) страдали хроническим алкоголизмом. У 6 человек (5,5%) имелось пограничное состояние. В двух случаях пострадавшие страдали шизофренией.

Локализация поражения. По встречавшейся локализации поражения пострадавшие составили следующие группы (табл. 4).

Таблица 4

Локализация поражения

| №№ пп | Количество человек | Проценты | Локализация |
|-------|--------------------|----------|--------------------------------------|
| 1 | 21 | 20 | Поверхность тела |
| 2 | 32 | 30,4 | Обе руки и поверхность тела |
| 3 | 11 | 10,4 | Поверхность тела и гонады |
| 4 | 5 | 4,76 | Лицо, руки |
| 5 | 5 | 4,76 | Лицо и поверхность тела |
| 6 | 11 | 10,4 | Лицо, руки и поверхность тела |
| 7 | 9 | 8,57 | Лицо, гонады и поверхность тела |
| 8 | 11 | 10,47 | Лицо, руки, гонады, поверхность тела |

Распределение обожженных по возрасту

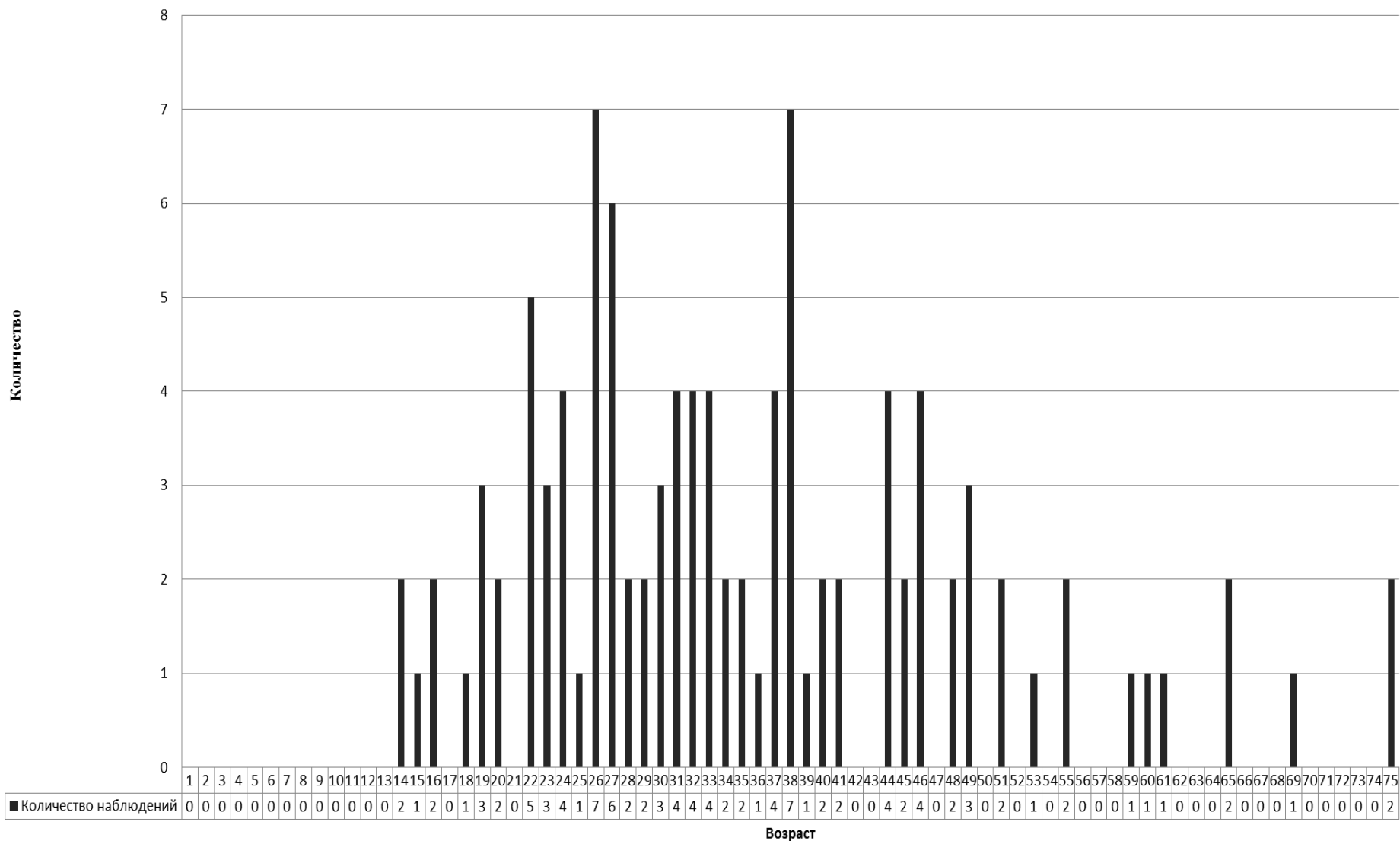


График 1. Распределение обожженных по возрасту

Длительность наблюдения:

В среднем срок поступления в ВОЦИХ после ожога и начала психологического наблюдения составил 5 ± 3 дня, а общая длительность наблюдения за обожженными $71,8 \pm 3,1$ дня.

8.2. ПЕРИОД ШОКА**8.2.1. Психопатология периода шока**

Нарушения психики во время ожогового шока были описаны наиболее детально по той причине, что еще в первой половине XX в. большинство больных погибали на этой стадии. В работе Weidenfeld St., 1902, посвященной проблеме смерти от ожога, детально изложены два варианта протекания психопатологической картины этой стадии, которые впоследствии под разными названиями встречаются у позднейших исследователей (таблица 5. Психопатология периода шока).

Таблица 5

Психопатология периода шока

| Авторы | Первый вариант | Второй вариант |
|--|--|--|
| Weidenfeld St., 1902 | Апатия, сомноленция, относительная эйфория, спокойствие. Анозогнозия, постепенно возникают галлюцинации и возбуждается рвота. | Раздражительность, крики и стоны, метания в постели, жалобы на боли в пределах постели. Жажда, тошнота. |
| Schreiner K., 1926, 50 больных | | Вегетатика |
| Львовский А.М., 1963 120 больных | Вегетатика | |
| Богаченко В.П., 1964, 1965, 1966 316 больных 17-80 лет | Вегетатика и эйфория | |
| Petersen I. et al., 1965 59 больных (17-44) | Физиологические показатели (ЭЭГ, дезорганизация ритмики – коррелирует с размером ожога) | |
| Кряжев С.В., 1971 18 больных | Ступор, безразличие, апатия, эйфория, оглушение | |
| Andreasen N.I.C. et al. 1972 | Редко: дремотное состояние, люцидный разговор, затем – амнезия | Чаще: бессоница, эмоциональная лабильность, вздрагивания, кошмарные сновидения, связанные с обстоятельствами ожога. Редко острая травматическая реакция |
| Волошин П.В., 1972, 1982 77 больных (20-50 лет, ожог 10-45%) | Ориентировка сохранена, безучастность, закрыты глаза, ответы односложные с задержкой, реже – нарушение схемы тела, или восприятия. При утяжелении – оглушение. | Психосоматическое возбуждение, крик, жалобы на боли в обожженных местах, охотно рассказывают о происшедшем; плач, попытки встать с кровати и уйти; растерянность, но сознание ясное, иногда – эйфория. |
| Hughes S.R., 1973 45 больных 1975, 49 больных | Вегетатика | |
| Волошин П.В., 1978, 1979 480 больных, 1981 (496 больных) | Вегетатика | |
| Гельфанд В.Б., Николаев Г.В., 1980, 1983 | Вегетатика, апатия, адинамия, безучастность, нарушения сознания | Эйфория, двигательное возбуждение, не может дать ответа о случившемся, требуют выписки, не понимая тяжести своего состояния. |

Обобщая изложенные в таблице данные, можно заключить, что для картины шока характерно непонимание больными тяжести своего состояния (анозогнозия) и апатия, которую нередко называют «относительной эйфорией» (Weidenfeld St.). В первом варианте на первый план выступает апатия,

адинамия и заторможенность. Волошин П.В., 1972 добавил сюда еще аутогнозию и метаморфозию. Во втором варианте наблюдаются нарушения поведения: крикливость, плаксивость, эмоциональная лабильность. Andreasen N.I.C., 1972 добавила еще кошмарные сновидения, связанные с обстоятельствами ожога. Богаченко В.П. не различает варианты протекания психопатологической картины и обозначает их одним термином – субпсихотические состояния, т.е. в их структуре могут наблюдаться преходящие функциональные галлюцинации и др. обманы восприятия, к которым больные остаются критичны.

Что касается патогенеза этих состояний, то еще в 1957 г. в классическом труде Allgoewer M. и Siegrist I. был сделан вывод, что такие симптомы ожогового шока, как тошнота, головная боль, головокружение, рвота и заторможенность являются признаками легкой аноксемии и легкого отека мозга. Общими для всех больных на этой стадии, по данным Львовского А.М. (1963), Гельфанда В.Б. и Николаева Г.В., 1980, 1983 является менингизм и появление патологических рефлексов – стопных и оральных, а согласно Petersen I. et al, 1965 более чем в 1/4 случаев возникает диффузная дезорганизация ритма ЭЭГ. Из таблицы видно, что патогенетическую основу возникающих нарушений все авторы находят в различных нарушениях нервной системы.

8.2.2. Психологические нарушения периода ожогового шока

Данный раздел мы излагаем на основе собственных исследований (Лафи С.Г., 1995). Психолог начинал работу с пациентами с момента поступления в Ожоговый центр и в дальнейшем наблюдал пострадавшего в течение всего периода лечения. Первая встреча с пострадавшим осуществлялась в первые часы или 1-1,5 дня после получения травмы.

Как правило, все пострадавшие ориентировались в месте и времени, психические функции также были сохранены. Обращала на себя внимание быстрая психологическая истощаемость и быстрая утомляемость пострадавших. Ответы на задаваемые вопросы были односложными, после продолжительной паузы, однако, соответствовали существу задаваемого вопроса. Нередко наблюдалось затруднение ответа, а в ряде случаев (в основном, к концу беседы, когда больной утомлялся) присутствовали эхолоичные ответы. В целом, контакт с пострадавшим устанавливался легко, но об обстоятельствах ожога пострадавшие упоминали скупно и неохотно. Обычно об обстоятельствах ожога рассказывали родственники или сопровождавшие больного лица.

В то время как восприятие себя не нарушалось (больные понимали, что находятся в лечебном учреждении, их окружает медицинский персонал, ухаживающие родственники и т.д.), самовосприятие, восприятие себя, своего тела, собственной личности, критичное отношение к своему состоянию нарушалось практически у всех пострадавших. Такое неадекватное отношение к себе и к своей травме могло иметь «размытый характер» и выявлялось лишь при направленной психологической беседе, но часто не требовалось каких-либо специальных «психологических вмешательств», чтобы определить неадекватное отношение к полученному ожогу и к себе как к человеку, получившему ожог. Обожженные нередко говорили, что с ними не произошло «ничего серьезного», либо, что «придется недельку полежать». В нашей практике был случай, когда больной К. на вопрос о самочувствии отвечал, что чувствует себя «хорошо», «скоро поправится», а у этого больного были ожоги дыхательных путей и на следующий день он погиб.

В этом периоде ожоговой болезни мы нередко наблюдали помрачение сознания и бред. Почти 86% больных рассказывали о своеобразных фантастических видениях (которые, возможно, были галлюцинациями, хотя больные не утрачивали, по их словам, чувства реальности и сохраняли критичность к описываемым переживаниям), возникающих непосредственно после получения ожога. Содержание этих видений сводилось к тому, что больные видели себя как бы со стороны. Так, например, некоторые больные рассказывали о том, что во время операции наблюдали за собой и за действиями врачей «как бы» выйдя из своего тела. Сами больные характеризовали это как «расщепление сознания». Другой больной рассказывал, что после ожога, в первые дни пребывания в стационаре, он испытывал мучительное ощущение разделения на 4 разных тела, подробно описывая при этом действия каждого «тела» в отдельности. У 30% обожженных возникала дереализация, окружающее казалось им измененным: искривление стен в палате, рушащийся потолок и т.п. У пациентов, находившихся в аэротерапевтических установках, в условиях сенсорной депривации возникали видения лиц на потолке палаты, и в шуме оборудования им слышались оклики или какие-то отдельные звуки.

Как правило, только в первые дни после поступления в стационар больной способен (нередко ярко и образно) описать содержание этих обманов восприятия, затем воспоминания стираются и он с

трудом, либо вовсе не припоминает, что он переживал. Надо отметить, что пациенты всегда сохраняли критичность к обманам восприятия.

Обожженные испытывали трудности сосредоточения: они быстро уставали от чтения, их утомлял просмотр телепередач, раздражало радио. В те моменты, когда они были предоставлены сами себе, взор их пассивно блуждал.

У 14% больных нам не удалось выявить каких-либо размышлений о факте травмы или каких-либо переживаний и ощущений, связанных с полученным ожогом. Пострадавшие были заторможены, словно в оцепенении, пассивны. Они ни на что не жаловались и не просили о помощи. Часто они говорили, что «ни о чем» не думают.

Из-за тяжелого общего состояния больных в первые часы и сутки после ожога было весьма затруднительно предъявлять им психологические опросники. Поэтому в периоде ожогового шока в качестве основного метода часто использовался метод систематизированного наблюдения и метод направленной беседы.

8.3. ПЕРИОД КОНЦА ШОКА-НАЧАЛА ТОКСЕМИИ

8.3.1. Психологические особенности периода конца шока-начала периода токсемии

Как правило, врачи не проводят четкой границы между ожоговым шоком и токсемией, но в отношении психологических особенностей эта граница является достаточно выраженной. Пациенты становятся доступными для целенаправленного психологического обследования, выглядят чуть-чуть более оживленными, начинают предъявлять больше жалоб на боли, страх, тоску, в процессе беседы могут заплакать. Поведение ранее беспокойных, ажитированных пациентов становится более упорядоченным. Субъективно все пациенты характеризуют свое состояние как некоторое «облегчение» после пережитого ожога, как освобождение от «оцепенения», сопровождавшего первые часы после травмы.

В среднем переход от психологических реакций периода шока к периоду токсемии происходил (по клиническим наблюдениям и по расспросу пострадавших) в течение двух дней после ожога.

Анализ литературных данных (Приложение 7. Психопатология периода токсемии) и собственный опыт убеждают нас, что большая часть психологических особенностей, изменений, расстройств, наблюдаемых у обожженных в конце шока-начале периода токсемии относится к эмоциональным нарушениям, нарушениям аффективности в самом широком смысле этого термина. Под нарушением аффективности большинство авторов (E.Bleuler, M.Bleuler) понимают нарушения чувств, настроений, эмоций и влечений, переживания счастья и несчастья, радости, горя, гнева; а также чувств и переживаний в отношении других людей: любовь, почтение, ненависть, презрение.

Как уже отмечалось выше, для оценки психологического статуса обожженных мы использовали в качестве бланковых методик опросник Бека, опросник ситуативной и личностной тревожности Ч. Спилбергера, цветовой тест Люшера.



Рисунок 3. Соотношение тяжести депрессии у обожженных в периоде конца шока-начала токсемии

Значения депрессии у обожженных в периоде конца ожогового шока-начале периода токсемии варьировали от 1 до 39 баллов. Среднее значение депрессии в этом периоде равно 10,76 баллов, что соответствует по Векс, умеренной степени выраженности депрессии. Как видно из круговой диаграммы, более половины пострадавших 57 человек (54,28%) характеризуются умеренной степенью выраженности депрессивных расстройств, у 26 человек (24,76%) – легкая степень депрессии и лишь 6 человек (5,6%) характеризуются минимальным уровнем депрессии.

Изменение реактивной тревожности в периоде конца шока-начале токсемии характеризуется следующими значениями: у 29 пострадавших (27,2%) реактивная тревожность меньше нормы (норма – 38 баллов по Ч.Д. Спилбергеру), у 4 человек (3,8%) значения реактивной тревожности находятся в пределах нормы, а у остальных 72 пострадавших (68,57%) значения реактивной тревожности выше нормы. Причем у 26 человек из 72 (24,76%) значения реактивной тревожности превышают 50 баллов.



График 2. Распределение уровня реактивной тревожности по числу наблюдений (частоты) (период конца ожогового шока-начала периода токсемии)

Личностная тревожность у обожженных в этом периоде варьирует от 16 до 76 баллов. Значением нормы, по Ч.Д. Спилбергеру и Ю.Д.Ханину 1974, является 36-39 баллов. 10 человек (9,52%) характеризуются несколько сниженной личностной тревожностью, у 12 человек (11,42%) значения личностной тревожности лежат в пределах нормы, а остальные 83 пострадавших (79,04%) характеризуются повышенной личностной тревожностью, причем у 43 (40,95%) из них значения личностной тревожности лежат выше 50 баллов. Среднее значение личностной тревожности периода конца шока-начала периода токсемии равно 47,96 баллам.

Итак, в периоде шока-начала токсемии наблюдается в большинстве случаев умеренная и тяжелая депрессия, которая сочетается с повышенной в целом ситуативной тревожностью (СТ), при этом показатели СТ распадаются на две группы: 1) СТ повышена относительно нормы, 2) СТ около нормы или понижена относительно нормы.

При сравнении показателей ситуативной тревожности с показателями личностной тревожности, замечаем, что можно выделить две группы пациентов: в первой группе ситуативная тревожность выше личностной, а во второй группе, – наоборот, ситуативная тревожность ниже личностной.



График 3. Распределение уровня личностной тревожности по числу наблюдений (частоты) (период конца ожогового шока-начала периода токсемии)

Мы провели исследование больных выделенных двух групп совместно с Качаловым П.В. и оказалось, что для больных второй группы (там, где ситуативная тревожность ниже личностной) характерны так называемые неврастенические расстройства (раздражительность, истощаемость, заторможенность, нарушения засыпания, нарушения ночного сна, нарушение чувства сна, ментизм, снижение аппетита, гиперестезия, безразличие, апатичность), а для больных первой группы (там, где ситуативная тревожность выше личностной) характерны аффективные расстройства (тревога, снижение настроения, страх, аффективная лабильность, колебания настроения, аффективные иллюзии, руминации). При сочетании неврастенического и аффективного синдромов наблюдались раздражительность, истощаемость, гиперестезия, заторможенность, снижение аппетита, нарушения засыпания, ментизм, нарушения сна и чувства сна, тревога, страх, снижение настроения, аффективная лабильность, колебания настроения, руминации.

8.3.2. Психоэмоциональное состояние обожженных в периоде конца шока – начала токсемии.

Поскольку исследование психоэмоциональной сферы у обожженных (особенно на первых этапах пребывания в клинике) было затруднено вследствие тяжелого физического состояния, быстрой истощаемости и утомляемости пациентов, то мы избрали для получения информации о психоэмоциональном состоянии обожженных цветовой тест Люшера (его быстрый вариант). Использование теста Люшера, на наш взгляд, очень полезно, эффективно и информативно в ожоговой клинике, т.к. этот тест не обременителен даже для очень тяжелообожженных. Однако, следует понимать, что характер теста (тест является проективным) накладывает определенные ограничения на интерпретацию и возможности получения объективной информации.

С целью выделения однородных групп обожженных пациентов был использован кластерный анализ, проводившийся на всех этапах ожоговой болезни: в периоде конца шока-начале токсемии, периоде токсемии и периоде реконвалесценции.

В периоде конца шока-начале токсемии для 43,63% (45 человек) в той или иной мере характерна выраженная восприимчивость к внешним раздражителям. Обожженные ощущают эмоциональную оторванность от окружающих, пустоту, духовное одиночество, которое отделяет их от других. Они стремятся преодолеть это тягостное чувство. В 27, 27% (20 человек) больные никак не могут смириться с полученной травмой: они негодуют из-за ограниченности движений, своего вынужденного

неподвижного положения и требуют предоставления им свободы действий и возможности руководить или хотя бы как-то воздействовать на ситуацию. Однако, уже 16,36% (17 человек) стремятся уже на этом этапе пребывания в клинике активно сотрудничать с медицинским персоналом, они помногу раз задают одни и те же вопросы, охотно вступают в обсуждение своего состояния, так что врачи, медсестры и даже родственники могут находить такое поведение надоедливым и назойливым.

56,37% (31 человек) обожженных испытывают стресс, граничащий с серьезными психологическими проблемами. 18,18% (10 человек) страдают от беспомощности, принимающей иногда ажитированный характер, т.к. пострадавшие остро переживают свою неспособность оказывать какое-либо влияние на ход событий. Окружение представляется этим пациентам враждебным, требования медперсонала, необходимость подчиняться сложным, болезненным, неоднократным врачебным манипуляциям представляются этим больным неразумными, в то же время они бессильны повлиять на ситуацию, что в конечном счете вызывает стресс. У 3,6% (2 человека) эмоциональные переживания связаны, в первую очередь, с неудовлетворенностью результатами первых часов и дней пребывания в клинике, эти пациенты испытывают недовольство из-за продолжающихся болей. По их мнению, лечение неэффективно, усилия врачей и медсестер недостаточны, пациенты нетерпеливы, тревожны, раздражительны. Часто страдавших 21,81% (12 человек) находятся в напряженном, настороженном ожидании: они не знают, что их ожидает дальше и всеми силами пытаются контролировать ситуацию. Их положение является объективно стесненным, вынужденным, они не имеют свободы движений, буквально «прикованы к кровати». Эта часть больных считает свое состояние временным, проходящим, они пытаются вести себя «как герои», подавляя возможные (и вполне естественные в данном случае) жалобы и скрывая свою беспомощность. Они отвергают помощь со стороны других и в то же время не могут объективно без нее обойтись. Все это в дальнейшем служит источником амбивалентных переживаний или даже является зародышем тяжелого внутреннего конфликта.

С помощью кластерного анализа мы выделили несколько групп обожженных, сходных по типу реагирования на ситуацию:

1. Активные, обращенные вовне, ориентированные на других, деятельные пациенты (14,54%, 8 человек). Это люди и ранее бывшие активными, быстро, энергично реагировавшими на любую серьезную проблему, возникавшую на их жизненном пути. Даже во время первых часов и дней пребывания в клинике они более активно реагируют на проводимое лечение, более восприимчивы к лечебным процедурам. Однако, они считают, что усилия, затрачиваемые ими, не окупаются так, как они того желали бы. Эти пациенты устремлены «вовне». Им необходимо постоянно чувствовать, что их ожидания оправдываются. Если этого не происходит, то возникает догадка, аффективные реакции. (8,5%, 10 человек) нужно отметить, что для этой группы пострадавших не характерны сильные эмоциональные привязанности. Даже в том случае, если они находятся с кем-то в близких отношениях, они склонны оставаться независимыми, что, возможно, помогает им более мужественно переносить травму. В целом ситуация ожога всегда оценивается этими пациентами реалистично: особенно это характерно для пациентов в возрасте 40-59 лет (9,09%, 11 человек). Показатели депрессии в этой возрастной группе умеренные. Обращает на себя внимание высокая личностная тревожность (около 60 баллов). Реактивная тревожность несколько ниже, чем личностная, но сохраняется в пределах 50 баллов, т.е. является также достаточно высокой. Пациенты 18-26 лет этой группы (5,45%, 7 человек) ведут себя более спокойно. Они склонны к самообвинению за получение ожога. Тем не менее показатели депрессии и тревожности у пациентов молодого возраста близки к норме.

2. Активные, ориентированные на себя, деятельные пациенты (14,54%, 8 человек). Характеристика этой группы во многом совпадает с вышеприведенной с той лишь разницей, что для этих пациентов характерна эмоциональная заторможенность, они склонны к эмоциональной замкнутости и скрывают свои истинные переживания и эмоции. Они чувствуют, что ситуация, в которой они оказались, требует от них компромиссного поведения, они сдерживают свои требования и занимают жесткую по отношению к себе позицию, «запрещая» себе эмоциональное реагирование. Пациенты стремятся к максимальной независимости и очень настойчивы в своих требованиях. Пациенты (так же как и пациенты первой группы) активны, однако чувствуют, что усилия, затрачиваемые ими, не оправдывают себя. Эти пациенты очень нуждаются в безопасности. Личностная тревожность имеет высокие значения (в диапазоне от 46 до 62 баллов). Реактивная тревожность также повышена, но значительно меньше личностной. В случаях с ярко выраженной депрессией значения реактивной и личностной тревожности совпадают и достигают высоких значений. Возрастные рамки этой группы пациентов от 23 до 48 лет. Наибольшей остроты реакция достигает у мужчин 31-32 лет.

3. «Ведомая» или «зависимая» группа пациентов (18,18% или 10 человек). Возраст от 26 до 38 лет. Пострадавшие чувствуют потребность в идентификации и хотят приобрести себе сторонников

при помощи обаяния и приветливости. Они охотно вступают в беседу с врачами, психологом, младшим медицинским персоналом. Легко и быстро увлекаются все, что помогает им хоть как-то скрасить свое пребывание в клинике. Они хотят волновать окружающих, интересоваться их как личности. Эти пациенты легко поддаются влиянию окружения, чувства других людей сразу же находят в них отклик. Пациенты не уверены в себе, стремятся к устойчивости, эмоциональной безопасности со стороны окружающих. Предпочитают общаться с теми, с кем возникает меньше проблем и с кем они чувствуют себя раскрепощеннее. Пациенты не склонны брать на себя роль лидера, но в сотрудничестве с другими работают хорошо. Перенесенная травма, нахождение в клинике, болезненные ощущения, – все это мешает пациентам обрести стабильность; все пациенты этой группы испытывают желание успокоиться и расслабиться после периода перевозбуждения. Пациенты считают, что обстоятельства, в которых они находятся, необходимо использовать наилучшим образом. Они цепляются за веру, что надежда и планы на скорое выздоровление реальны, но нуждаются в постоянном подбадривании или поощрении. Для того, чтобы быть более уверенными в достижении своих целей, пациенты стремятся заручиться поддержкой других и пускают в ход сильное личное обаяние. Больные стремятся сами определять свою судьбу. Для молодых людей (17-23 года, 3,5%, 2 человека) из этой группы характерны амбивалентные переживания. С одной стороны, они весьма зависимы от окружения, в другой – отказываются расслабиться или уступить в чем-либо, оказывая сопротивление. Часто это идет параллельно с ригидностью. Депрессия в группе «зависимых» пациентов либо очень легкая (10,9%), либо умеренная (7,2%). В 9,09% ситуативная тревожность значительно ниже личностной и находится в пределах нормы (что может косвенно свидетельствовать о защитном механизме подавления). Лишь у одного человека из этой группы реактивная тревожность достигла 61 балла, а в интерпретации цветов теста Люшера обращали на себя внимание выраженные стресс и фрустрация, а также желание незамедлительно избавиться от тяготящей пациента обстановки.

4. «Отрицатели-бунтари» (14,54%, 8 человек). Для этой группы характерно выраженное недовольство ситуацией. Пострадавшие хотят приобрести решительность и гибкость воли, необходимые для того, чтобы упрочить свой статус и обрести независимость, несмотря на трудности своего положения. Это люди сильные, энергичные, живые. Их деятельность всегда была направлена на успех и победы. Даже в клинике, на ожоговой койке, они хотят жить полной жизнью. В существующей ситуации они чувствуют себя неуверенно. Они хотят получать как можно больше информации о своем состоянии, чтобы была возможность управлять ситуацией. Одновременно они нуждаются в ощущении большей безопасности и в более теплой обстановке, или же в ситуации, которая бы не вызывала такого физического напряжения. Эти люди взыскательны в своих эмоциональных требованиях. Стресс вызван разочарованием (скорое выздоровление нереально). Больные сомневаются, что в будущем положение будет хоть сколько-нибудь лучше, и эта отрицательная установка приводит к тому, что больные лишь повышают свои требования и отказываются от разумных компромиссов. Все пострадавшие, входящие в эту группу, – мужчины, в возрасте от 19 до 33 лет. Депрессия умеренная (10-15 баллов), личностная и ситуативная тревожность в пределах нормы.

5. Группа «Спокойные» 12,72%, 7 человек, от 24 до 53 лет. Характерная черта пациентов этой группы – спокойное отношение ко всему, что их окружает. Они стремятся к тонкому и сочувственному пониманию, хотят оградить себя от споров, конфликтов или каких-либо обесценивающих стрессов. Прежде всего им нужен отдых, расслабление, свобода от конфликтов, возможность прийти в себя. Они хотят оградить себя от разрушительных и опустошающих воздействий, стремятся к безопасности и свободе от проблем. Хотя они и считают, что им выпало больше всяких трудностей, чем другим, но не теряют силы духа, гибки в отношениях с окружающими. Они стремятся к большей свободе действий и хотят убедить (себя и других), что их желания реальны. Пациенты нуждаются в спокойной обстановке, мягком подбадривании, которые повысили бы их уверенность. Пациенты отказываются расслабиться или отказаться от своей точки зрения. Хотя существующая ситуация не удовлетворяет их, и они не способны изменить ее так, чтобы обрести чувство общности, в которой нуждаются, они не хотят, чтобы другие догадались об их эмоциональной ранимости. Такая эмоциональная зависимость угнетает их, создает почву для раздражительности и нетерпеливости, вызывает серьезное беспокойство и стремление избавиться от этой ситуации, если не на деле, то хотя бы мысленно. Показатели депрессии в этой группе умеренные, ситуативная тревожность (33-48 баллов) ниже личностной (41-53 балла). Социальное положение в этой группе у всех одинаково: все они служащие.

6. Группа «юных» личностей (7,2% или 4 человека). В эту группу входят молодые люди, юноши, в возрасте 17-23 лет. У них наблюдается потребность в идентификации с кем-либо или чем-либо, они хотят приобретать себе сторонников при помощи своего обаяния и приветливости. Сентимен-

тальны, томятся по романтическим, нежным отношениям. Одновременно энергичны, живы. Нуждаются в спокойной обстановке, хотят освободиться от стрессов. Прилагают все усилия, чтобы, действуя осторожно, отрегулировать сложившуюся ситуацию и связанные с ней проблемы. Тонко чувствуют, внимательны к деталям. С готовностью участвуют в лечении, в общении с окружающими, однако, пытаются избежать конфликтов и волнений, чтобы уменьшить напряжение. Считают, что сложившиеся обстоятельства вынуждают их идти на компромиссы и временно отказаться от некоторых удовольствий. Одновременно существует амбивалентное поведение: пациенты отказываются расслабиться, вступают в психологическую конфронтацию. Депрессия в этой группе умеренная, как и тревожность. В этой группе была высокая реактивная тревожность (77 баллов) при низкой личностной (18 баллов).

7. Группа «упрямо-настороженных» пациентов (5,45%, 3 человека). Находят существующую ситуацию неприятной, т.к. считают, что к ним предъявляются слишком высокие требования. Не допускают ничего такого, что могло бы повлиять на их точку зрения. Оказывают вызывающее сопротивление любым ограничениям. Упрямо отстаивают свое мнение, полагая, что это доказывает их независимость и самостоятельность. Пациенты не желают ни в чем участвовать. Им пришлось, по их мнению, слишком много вытерпеть, что утомило и опустошило их. Стремятся к самоограждению и невовлеченности. Скрытны. Эгоцентричны. Не хотят прилагать усилий для облегчения ситуации. Стресс вызван разочарованием и настороженной самозащитой от дальнейших неудач. Несбывшиеся надежды привели к неуверенности и напряженной настороженности. Пациенты требуют свободы действий. Они стремятся избегать дальнейших неудач, хотят безопасности. Они сомневаются, что в будущем положение будет сколько-нибудь лучше и эта отрицательная установка приводит к тому, что они лишь повышают свои притязания и отказываются от разумных компромиссов. Пострадавшие характеризуются умеренными величинами депрессии и тревожности. Возраст пострадавших от 27 до 44 лет.

Мы описали группы пострадавших, выделенные при помощи кластерного анализа. Но имеются отдельные наблюдения, которые не вошли ни в одну из описываемых групп из-за своей малочисленности (1-2 наблюдения). Желающих получить более подробную информацию отсылаем к нашей работе (Лафи С.Г., 1995).

8.3.3. Источники стресса в периоде конца шока – начала периода токсемии

Еще раз отметим, что физическое состояние пациентов в этом периоде тяжелое. Полноценное общение в общепринятом смысле слова невозможно. Обожженные быстро устают. Поэтому мы хотели подобрать методику, которая давала бы информацию о психологическом состоянии обожженного, свободную от искажений, обусловленных тяжелым состоянием пострадавшего. Источники стресса в периоде конца шока-начале токсемии выявлены нами с помощью привлечения теста Люшера, однако, учитывались также данные систематизированного наблюдения и данные, полученные с помощью опросников тревожности и депрессии.

Известно, что какая-либо неудовлетворенная потребность, на которую указывают основные цвета теста Люшера, находящиеся в 6, 7 и 8 позициях, может являться источником страха, тревоги и вызывать чувство лишения. В нашем наблюдении основные цвета занимали шестую позицию в 37,47%, седьмую позицию в 22,83% и восьмую позицию в 23,79%. В указанных позициях среди основных цветов доминировал синий цвет (18,26%, 11,42% и 8,57% соответственно). Отвержение синего цвета свидетельствует о фрустрации таких потребностей, как потребность в спокойствии, удовлетворенности, нежности, любви. Эти потребности дают толчок тревоге, которая тем сильнее, чем дальше в ряду стоит синий цвет. В нашем наблюдении (по данным теста Люшера), по крайней мере у 8,57% обожженных можно констатировать очень сильную тревогу, т.к. эти люди поставили синий цвет на последнее место. Отвергаемый синий цвет свидетельствует о том, что пациенты всяческими путями хотят освободиться от тяготящей их больничной обстановки, от собственного неудовлетворительного физического состояния. Следствием этих переживаний является беспокойство, нервное поведение, или та или иная степень душевного возбуждения.

Если стрессогенная ситуация длительна, то в дальнейшем это может приводить к психосоматическим (главным образом, сердечно-сосудистым) изменениям. Отвергаемый синий цвет как неудовлетворенная потребность в эмоциональном комфорте вызывала компенсирующее предпочтение других цветов: зеленого, красного, желтого (25,7%, 14,28%, 10,47% соответственно). В том случае, когда пациенты предпочитали зеленый цвет синему, они отличались подчеркнuto независимым, нередко бун-

тующим поведением. В основном, такое поведение характерно для молодежи 18-26 лет. Предпочитаемый красный цвет свидетельствует о сенсорной депривации обожженных, о потребности во внешних раздражителях и собственной деятельности. Поскольку пострадавшие от ожогов в периоде шока-начале токсемии обездвижены, жажда деятельности часто проявляется в неадекватных формах: в форме неконтролируемого поведения, например.

Часто попыткой компенсировать отвергнутый синий цвет служит выбор желтого цвета, что означает напряженные поиски выхода из существующей трудной ситуации.

8.3.4. Компенсация в периоде конца шока – начала токсемии

Поскольку по своей природе любая компенсация является «замещающей» деятельностью и редко приводит к подлинной удовлетворенности, то такая компенсирующая деятельность часто неадекватна. Относительно «адекватной» компенсацией считается компенсация, осуществляемая за счет основного цвета (в наших наблюдениях в 57,11% компенсацию в периоде шока-начала токсемии можно считать «адекватной»). Однако, в 42,89% компенсация в периоде шока-начала токсемии осуществлялась за счет фиолетового (описано выше), коричневого, черного и серого цветов. Коричневый цвет символизирует (в данной позиции) желание освободиться от тягостной ситуации, желание физического комфорта, когда человек может расслабиться и восстановить силы. Выбирающие черный цвет находят ситуацию неприятной и считают, что к ним предъявляются непомерно высокие требования. Серый цвет предпочитают пациенты, которые испытали сильные душевные переживания в момент получения травмы и в первые часы нахождения в больнице. Пациенты не хотят ни в чем участвовать и хотят избегать раздражающей их обстановки. Они утомлены и опустошены, стремятся к тому, чтобы их оставили в покое. Следует отметить, что удельный вес коричневого, черного и серого цвета повышается во второй и третьей позиции (6,73%, 1,92%, 8,56% и 7,69%, 2,88%, 7,69% соответственно), что свидетельствует о негативном восприятии жизни у пациентов, выбравших эти цвета. Компенсация в этом случае не является нормальной, она утрирована.

8.3.5. Интенсивность тревоги и компенсации в периоде шока – начала токсемии

В 37,47% существующая психологическая и физиологическая проблема переживается относительно слабо и не вызывает субъективной тревоги у обожженных. Они либо не испытывают эмоциональных привязанностей (18,26%), либо мирятся со своим положением (4,8%), либо пытаются успокоиться и расслабиться после периода перевозбуждения, нуждаются в покое и тишине (4,8%), либо лелеют надежду, что выздоровление не за горами (9,61%).

В 23,79% переживания пострадавших серьезны и, как правило, сопровождаются повышенной или высокой тревогой. В 8,57% наблюдений пострадавшие тягостятся пребыванием в больнице, хотят избавиться от чрезмерной опеки и зависимости, но понимают, что самостоятельно изменить ситуацию они не в силах. Они ранимы, но не хотят, чтобы окружающие догадались об их ранимости. Они эмоционально зависимы, но демонстрируют сопротивление при попытках общения с ними. В 1,9% наблюдений сила воли, жизнестойкость и способность противостоять нежелательной ситуации, подавлены чрезмерным стрессом. Несмотря на то, что пациенты чувствуют перенапряжение, измотанность, они продолжают вести себя «героически», не хотят смириться с самим фактом ожога и необходимостью подчиниться требованиям врачей. 7,61% пациентов остро переживают чувство беспомощности, что сопровождается раздражением и вспышками гнева.

5,71% нуждаются в чувстве безопасности, они хотят избавиться от гнетущего их страха.

Среди цветов, вызывающих нейтральное отношение, пациенты выбирают чаще всего синий, красный, желтый, коричневый, черный. В тех случаях, когда у пациентов имеется тревога, «нейтральные» цвета могут «драматизировать» ее, другими словами, эмоциональное поведение будет возникать в ответ на сравнительно слабые стимулы. Такая опасность существует, по крайней мере, у 13,46% обожженных.

8.4. ПСИХОЗЫ ПРИ ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ

Наиболее тщательно описанными в медицинской литературе являются психозы при ожоговой болезни. Они занимают промежуточное положение между стадиями шока и токсемии. В наиболее репрезентативных по критериям отбора исследованиях психозы наблюдались у каждого десятого (Богаченко В.П., 1964), у 1/4 (Павловский П., 1972), у 1/3 Andreasen N.I.C., 1972), у двух из пяти (Klein

К.М., Charlton I., 1980) и даже у половины (Steiner H., Clark W.R., 1977) больных. Богаченко В.П. уточнял, что психозы возникали у каждого третьего при ожогах выше 10% поверхности тела и почти у всех при ожогах более 16-20% поверхности тела. На значение тяжести ожога, преморбидной психопатологии, пожилого возраста для развития психозов указывают почти все авторы. Богаченко В.П. при ожогах менее 10% наблюдал психозы в 0,7% исключительно у больных алкоголизмом и органическими поражениями головного мозга. Павловский П. наблюдал возникновение психозов в 71% в возрасте старше 70 лет. Психозы возникали впервые в периоде шока (в торпидной фазе – Волошин П.В.) и продолжались в фазе токсемии и септикотоксемии до 4 недель (Богаченко В.П.) или до двух недель (Павловский П.), иногда приобретая волнообразное течение (в 60% – у Богаченко В.П., 64% – у Волошина П.В.).

Разработка типологии психозов при ожоговой болезни составляет почти исключительно монополию отечественной психиатрии (Качалов П.В., 1990).

8.5. ПЕРИОД ТОКСЕМИИ

Стадия токсемии (септикотоксемии) наиболее продолжительна при ожоговой болезни и поэтому большая часть работ посвящена психологическим и психическим нарушениям на этой стадии (Качалов П.В., 1990). Эта стадия различными авторами называется различно (см. табл. 6 Стадии ожоговой болезни и психических реакций.)

Таблица 6

Стадии ожоговой болезни и психических реакций

| Авторы | Шок | Токсемия | Реконвалесценция |
|---|---|---|------------------------------------|
| Weisz A.E. 1967 | Период острого кризиса | Период стационарного лечения и выздоровления | Период планирования выписки |
| Павловский Л., 1972, Pavlovsky P., Pokorna P., 1975; Harper G., 1978, Avni J., 1980 | 1 фаза (стадия) | 2 и 3 фазы (стадия) | 4 фаза (стадия) |
| Jorgenson I.A., Brophy I.I., 1973, 1975; Harper G., 1978, Avni I., 1980 | Острая фаза (стадия) | Промежуточная фаза (стадия) | Восстановительная фаза (стадия) |
| Steiner H., Clark W.R., 1977, Leroux R., 1980, Coodstein R.K. 1985 | Шок (1) Инициативная фаза (1) Шок (1) | Стадия физиологической неотложности (2) и стадия психологической неотложности (3) | Стадия социальной неотложности (4) |
| Malt U et al., 1978 | Кризис и реактивная фаза | Фаза переработки | Фаза переориентировки |
| Bereni-Marzouk B., 1982 | Критическая фаза (1) | Фаза стабилизации (2) и фаза выздоровления (3) | Фаза (4) перед выпиской |
| Faber A.W., Hoogeveen E., 1984 | Шок | Период стрессового напряжения | Период выздоровления |

Впервые психологические нарушения у обожженных описал Эрих Линдеман (1943). Он наблюдал обожженных на стадии токсемии. Основываясь на опыте наблюдения и лечения 17 больных, он написал свою классическую статью о синдроме острого горя. Симптомология острого горя, характерная для этой стадии: волны соматического дистресса продолжительностью от 20 минут до 1 часа, чувство сжатия в горле с затруднением дыхания, ощущением пустоты в животе и мышечной слабости. Психический дистресс выражался в чувстве напряжения, одиночества или душевной боли. Значительно нарушались и вегетативные функции (мидриаз, нарушение дыхания, «приливы» жара к голове, гиперемия лица, гипергидроз). Больные испытывали легкое ощущение нереальности происходящего, отчуждения от окружающих (вплоть до восприятия их как маленьких и призрачных). Пытаясь сдерживать злобу, враждебность и раздражительность, боясь «сорваться», больные говорили формально и резко. В течение дня у них возникали приступы говорливости, неусидчивости и неспособности довести до конца привычные дела. При потере близкого человека в катастрофе они постоянно думали о нем и видели его образ. Длительность неосложненного синдрома 4-6 недель. Осложненное

горе авторы вначале констатировали у семи обожженных (Cobb S., Lindemann E., 1943), а затем, в специальной статье Линдемана в 1944г. – уже только у одного. Линдеман выделил два болезненных варианта горя – отсроченный и искаженный.

По представлению Линдемана, горе, как осложнение ожоговой болезни, – нормальная реакция, а не болезнь. Чаще всего в стадии токсемии различные авторы наблюдали у ожоговых больных депрессивный синдром. Данные трудно сопоставить из-за разных методов отбора и из-за разного понимания авторами депрессии.

Andreasen N.I.C., 1972, 1974 указывала на два варианта депрессии – легкую (длительностью около недели, с уменьшением интереса к окружающему, снижением аппетита, частыми всхлипываниями, плачем, бессоницей) и тяжелую (длящуюся до 3 и более недель, с отказом от еды, отсутствием сна, апатией).

Гельфанд В.Б. и Николаев Г.В., 1980, 1991 указывали, что депрессия протекала на невротическом уровне, причем часто аффективные расстройства для периода токсемии не характерны, преобладали сложные психологические структуры с навязчивыми страхами (за внешность, за будущее), тревогой и сверхценными идеями (самоунижения и самообвинения за ожог). Эти же авторы приводят варианты синдрома, по их данным преобладали астено-депрессивные состояния. Все авторы отмечают отсутствие суицидальных высказываний и намерений у обожженных.

В наиболее репрезентативных по критериям отбора исследованиях депрессивный синдром встретился: у 1/5 (Andreasen N., 1972), у 2/3 (Klein R., Charlton I.E., 1980), у 3/5 (Bereni B., 1982) больных. Последнее исследование представляется наиболее тщательным: больные еженедельно наблюдались и их состояние оценивалось по оригинальной карте из 132 пунктов. Депрессия была наибольшей в первую неделю, затем снижалась и вновь усиливалась к 4 неделе госпитализации. Andreasen N. et al., 1972 обнаружили, что тяжелая депрессия возникала чаще при сопутствующих семейных затруднениях, у лиц старше 30 лет и при госпитализации длительнее 1 месяца. С продолжительной госпитализацией и возникновением хирургических осложнений связывают депрессию Charlton I.E. et al., 1983. Применяя опросник Zung K., 1965, они у большинства больных нашли минимальную или легкую депрессию и у одной трети больных умеренную или тяжелую.

В 1987 г. Ward et al обобщили данные своих более чем 8-летних наблюдений. В качестве возможных факторов, вызывающих послеожоговую депрессию, они выделили: тяжесть ожога, локализацию ожога, возраст пациента, образовательный уровень, историю болезни, служебный статус, уровень заработка, эмоциональные переживания, психиатрический статус. Авторы отмечают, что у всех исследованных ими 882 пациентов ожог предшествовал депрессии. Тесная связь была обнаружена между эмоциональными переживаниями и депрессией.

Затрагивая проблему локализации Campbell I.L. et al., 1987 отметили, что возрастание баллов депрессии было значимо связано с ожогом ягодиц и/или гениталий.

Возникновение тревожных эпизодов по ночам на фоне легкой и умеренной депрессии у 1/3 больных отмечал Hamburg D.A., 1958 и у 1/2 больных, в основном, в первую неделю после ожога, Bereni B., 1982, Charlton I.E. et al., 1983 обнаружили небольшой подъем реактивной тревоги и незначительное повышение личностной тревожности по опроснику Spielberger C., 1970. Вслед за депрессией и тревогой, у обожженных различные авторы наблюдали нарушения поведения, чаще всего называемые регрессией. Steiner H., Clark W., 1977 привели список синонимов этого состояния: травматический невроз, синдром зависимости, посттравматический синдром; они считали, что регрессия возникала в качестве «самоизлечивающегося» процесса скорби (горя).

Andreasen N.I.C., 1972, 1974 находила регрессию примерно у пятой части больных. Она характеризовала это состояние как возврат к примитивным, детским типам поведения, с вспышками злобы и раздражения, постоянными требованиями помощи, низкой фрустрационной толерантностью. Подчеркивается возникновение порочного круга отношений с персоналом: регрессия – отвержение и так без конца. Andreasen N.I.C., 1972 связывала возникновение регрессии с отягощенным психиатрическим анамнезом, низким интеллектом и тяжелыми ожогами, а Lewis S.R., 1963 не нашел никаких значимых корреляций между типом поведения, преморбидной личностью, ожогом и длительностью болезни.

Малоизученной остается группа ожоговых больных, не обнаруживавших психических расстройств в периоде токсемии. Только у нескольких авторов можно выделить группы хорошей адаптации, которые составляют почти одну треть всех больных у Levis S.R., 1963 и у Steiner H., Clark W.R., 1977 и почти у двух третей у Charlton I.E., 1983. Для этих лиц были характерны отсутствие преморбидной психопатологии, молодой возраст, меньшие ожоги и краткая госпитализация (Andreasen

N.I.C., 1972; и у Steiner H., Clark W.R., 1977; Charlton I.E., 1983), хотя, возможно, это и не имеет значения (Lewis S.R., 1963; Klein R.M., Charlton I.E., 1980; Tucker P., 1987).

Адаптивным механизмам при ожоговой болезни посвящена единственная работа Hamburg D.A. et al (1959). В периоде токсемии у 350 больных они наблюдали «механизмы неотлаженной защиты»:

1. Сжатие (подавление эмоциональных реакций, самоутешение фаталистическими суждениями).
2. Вытеснение и подавление (бессознательное или сознательное избегание размышлений о болезни).
3. Отрицание («нежелание» замечать травму или/и признавать ее серьезные последствия). 4. Переработка (постоянные размышления о травме). 5. Уход (в фантазии) с кажущимся нежеланием контактов. 6. Религиозность (также работа Sherrill K.A. et al, 1988). 7. Рационализация (особенно полезный механизм, по мнению авторов). Hamburg D.A. et al причисляли к механизмам адаптации еще регрессию с конверсией. Jackson M., 1974 главную роль отвел отрицанию, а Rodanova I., 1977 – вытеснению. Используя глоссарий иерархии защит Vaillant G., 1986, можно отнести описанные механизмы адаптации преимущественно к зрелым (сжатие, переработка и подавление) или к промежуточным (вытеснение, рационализация), в меньшей степени – незрелым (отрицание, уход в фантазии, религиозность). Неясным остается удельный вес каждого механизма защиты в саногенезе и их значение для успеха адаптации.

8.5.1. Психологические особенности периода токсемии

Рассмотрим динамику депрессии и тревожности в периоде токсемии. Значения депрессии у обожженных в периоде токсемии варьируют от 1 до 26 баллов. Среднее значение депрессии в этом периоде равно 6,94 балла, что соответствует по Beck, легкой степени выраженности депрессии.

Уровень депрессии у обожженных в периоде токсемии распределился следующим образом



Рисунок 4. Соотношение тяжести депрессии у обожженных в периоде токсемии

Как видно из диаграммы, 33 человека (44%) характеризуются легкой степенью выраженности депрессии, 24 человека (32%) – умеренной степенью выраженности депрессии, у 14 пострадавших (18,66%) депрессия минимальна, а у четырех пострадавших (5,33%) является тяжелой.

Ситуативная (реактивная) тревожность у обожженных в периоде токсемии варьирует от 18 до 61 балла. Среднее значение ситуативной тревожности в периоде токсемии равно 40,37 балла. Изменение ситуативной (реактивной) тревожности характеризуется следующими значениями: у 27 пострадавших (36,28%) реактивная тревожность меньше нормы (норма – 38 баллов, по Ч.Д. Спилбергеру), у 5 человек (6,66%) значения реактивной тревожности находятся в пределах нормы, а у остальных 43 пострадавших (57,33%) реактивная тревожность выше нормы, причем у 9 человек (12%) значения реактивной тревожности превышают 50 баллов.



График 4. Распределение реактивной тревожности у обожженных (частоты) в периоде токсемии

Личностная тревожность у обожженных в периоде токсемии варьирует от 33 до 63 баллов. Среднее значение личностной тревожности в периоде токсемии 48,42 балла. У 6 человек (7,98%) личностная тревожность несколько ниже нормы, у 4 человек (5,33%) она в пределах нормы (36-39 баллов), у остальных 65 человек личностная тревожность повышена, причем у 29 человек (38,6%) значения личностной тревожности лежат выше 50 баллов.



График 5. Распределение личностной тревожности у обожженных (частоты) в периоде токсемии

8.5.2. Психозомоциональное состояние обожженных в периоде токсемии

В этом периоде для 40,9% (41 человек) обожженных характерно переживание стресса (ниже мы остановимся на причинах, породивших у пострадавших это состояние). Групп, выделяемых при помощи кластерного анализа, в периоде токсемии меньше, нежели в периоде конца шока:

1. В эту группу входят депрессивно-тревожные пациенты (22,72%, 23 человека).

Хотя упрочить свое положение и производить на людей сильное впечатление, несмотря на неблагоприятные обстоятельства и полное (субъективное) отсутствие признания. Больные этой группы

хотят производить приятное впечатление, они используют для этого все возможные ситуации. От отношений с окружающими эти пациенты ждут очень многого, но взаимоотношения редко отвечают высоким эмоциональным требованиям и потребности, чтобы о них заботились. Все это приводит к разочарованию, стрессу, возбуждению и тревоге. Ситуативная (реактивная) тревожность выше нормы в (пределах 48-49 баллов), личностная в пределах 53-62 баллов. Депрессия умеренная. Возраст пациентов этой группы достаточно разнообразен: от 17 до 50 лет.

Для этой группы больных, как показывают данные систематизированного наблюдения и клинической беседы характерно снижение настроения. Оно было заметно по страдальческой мимике, по печальным вздохам и севшему голосу, по пассивности в занятиях лечебной физкультурой. Активность больных проявлялась лишь в требовании обезболивающих инъекций. В разговоре больные жаловались на свою участь, методы лечения, непонимание и невнимание окружающих. Пессимистичные рассуждения касались в основном, ближайшего прошлого и настоящего. Депрессивные переживания имели конкретную основу, были связаны с травмой и пребыванием в ожоговом центре. Обожженные страдали от чрезмерной и необычной стимуляции: болей в ранах, шума медицинского оборудования, яркого света, фиксированной позы (на спине), длительных многочисленных трансфузий, регламентированного выбора еды, питания через зонд. К страданию приводила и разлука больных с семьей и привычным окружением. Испытывая дефицит общения с эмоционально-значимыми людьми, пациенты были вынуждены контактировать с хирургическим персоналом, чье время и психотерапевтическая подготовка весьма ограничены. Ожог и ожоговая болезнь переживалась многими, особенно молодыми людьми, как большая жизненная неудача, разрушавшая прежние планы и делавшая сомнительным их выполнение в будущем. Под угрозой оказывались независимость и возможность выполнения прежних семейных и социальных ролей. Из эмоций наиболее заметной была тоска. Гнев внешне выступал в виде обид на персонал и ухаживающих родственников. Обиды были связаны с субъективным неприятием требований окружающих. Окружающие ожидали от обожженных мужественного поведения, сдержанности в выражении эмоций, в то время как пациенты хотели получить сочувствие и понимание. Такое отношение окружающих воспринималось как принуждение, обман, невыполнение ими своего долга.

Пациенты нередко испытывали отвращение по отношению к собственному телу, обездвиженность которого мешала им активно действовать. Внешний вид обожженной кожи вызывал у них отвращение. Присоединение гнойной инфекции, постоянный спутник ожоговой болезни, сопровождалось неприятным запахом, что усугубляло страдания обожженных. Необходимость постоянно лежать обнаженными, совершать физиологические отправления, вызывало стыд. Для всех пациентов была характерна повышенная тревожность. Тревога обнаруживалась в бессистемных расспросах врачей-консультантов, психолога, медсестер и даже санитарок о сроках лечения, последствиях болезни. Однако больные избегали подобных разговоров с лечащим врачом. Перед операциями или перевязками возникал страх, заметный по напряженному выражению лица и попыткам разжалобить персонал. Позднее обожженные сообщали, что на высоте страха им хотелось или спрятаться или бежать из больницы, а боль резко усиливалась. Тревога усугублялась тем, что больные все время находились в ситуации неопределенности (хирурги обычно информировали обожженных в неясной для них форме), больные плохо понимали часто употребляемую медицинскую терминологию. Не сразу становилась понятной необходимость пребывания в аэротерапевтической установке, частых перевязок и переливании лекарственных веществ. Вынужденная изоляция больных от привычного окружения переживалась как покинутость, одиночество. Возникавшие в результате ожоговой болезни сексуальные расстройства (прекращение менструаций у женщин, исчезновение спонтанных эрекций у мужчин) также были источником тревоги. Угроза обезображивающих операций (ампутация) также сопровождалась тревогой, но в значительно меньшей степени, чем это описывали другие авторы (Bernstein N.R., 1982). Страх смерти встречался редко. Для обожженных была характерна психологическая переработка травмы: когда они закрывали глаза, перед их внутренним взором всплывали сцены ожога. Это вызывало тягостные чувства, поскольку не поддавалось сознательному контролю. В течение 2-3 – недель подобные переживания исчезали.

По-видимому, в качестве психологической защиты у этих обожженных используется механизм предвосхищения, который позволяет обрести контроль над ситуацией. Рассогласование желаемого и реального результата лечения, предвосхищаемой и получаемой в действительности обратной связи от окружающих влечет высокий уровень тревоги.

2. В эту группу входят пациенты (18,18%, 19 человек), жалобы которых имеют соматизированную окраску.

Пострадавшие из этой группы хотят стать более волевыми и решительными. Они считают, что только так можно упрочить свой статус и обрести независимость, несмотря на трудность своего положения. В данном случае трудность положения вполне объективна: ожоговая болезнь в разгаре, больные испытывают мучительные боли при перевязках, дискомфорт из-за своего вынужденного ограничивающего движения положения. Тем не менее пациенты этой группы настроены на преодоление преград, они стремятся к самостоятельности. Инициативны. Не желают чувствовать себя зависимыми от доброжелательности других людей. Пациенты даже в случае неминуемых «разочарований», обусловленных их тяжелым состоянием, предпочитают ко всему относиться спокойно, не отказывать себе в потребности комфорта и безопасности. Возраст пациентов в этой группе от 22 до 40 лет. У молодых пациентов ситуативная тревожность несколько снижена (28-37 баллов). Личностная тревожность у всех пациентов примерно одного уровня (44-45 баллов). Депрессия умеренная. Как показывают данные систематизированного наблюдения и клинической беседы у этой группы пациентов тревога и депрессия клинически не распознавались. Их жалобы имели соматизированный характер. Обожженные были раздражительны. На их лицах можно было видеть гримасы недовольства, в контакт вступали неохотно. Раздражение возникало при появлении почти любых новых стимулов: предложений медсестры выполнить процедуру, перемещениях в палате, при попытках окружающих вести успокоительные беседы. При расспросе больные нередко говорили, что их раздражала и обстановка ожогового центра и лечение. Контроль раздражительности был обычно удовлетворителен. Больные легко истощались, это выражалось во внешне заметном нарастании отвлекаемости, раздражительности и заторможенности при разговоре. Истощаемость мешала больным ответить на предлагаемые опросники. Часто казалось, что больные просто не желают выполнять инструкции, задания, но при внимательном расспросе обнаруживалось, что сами пациенты критично воспринимали ослабление способности к целенаправленным действиям. Обращала на себя внимание вялость и лаконичность ответов. Тем не менее заторможенность не была снижением осмысления: внимательный расспрос обнаруживал необычайную чуткость, сохранившуюся в отношении наиболее значимых для больного вопросов (сроков лечения, косметических последствий, предстоящих пересадок кожи). При обсуждении этих тем заторможенность на короткое время исчезала.

Нарушения сна заключались в частых кратких просыпаниях, которые были связаны с неудобной позой или болями. Нарушения сна тягостно переносились больными. Сон был неглубокий, сопровождался сновидениями, в которых больные часто видели огонь, пар и др. источники травмы (но крайне редко – действительные обстоятельства травмы). Для больных были характерны «раскручивающиеся» воспоминания об обстоятельствах травмы, возникающие перед сном. Эти воспоминания постепенно приобретали автономность и больные вынуждены были пассивно воспринимать их. Снижение аппетита сказывалось в отсутствии желания есть, потери вкуса к еде.

В качестве психологического механизма защиты здесь выступает отрицание. Больные избегают говорить о своих психологических переживаниях, зачастую отмечают, что «мыслей нет», их жалобы носят, в основном, соматизированный характер. Реактивная тревожность у них либо понижена (у молодых людей), либо в пределах нормы. Так как лица молодого возраста находятся в более социально-уязвимом положении, то у них защитная реакция отрицания выражена более интенсивно, чем в других возрастных группах обожженных.

3. В эту группу вошли пациенты (22,72%, 23 человека), которым было свойственно гипертрофированное, преувеличенно яркое, иногда демонстративное отношение к перенесенному ожогу. Эти пациенты легко и быстро увлекаются всем, что возбуждает. Поглощены вещами, которые способны сильно волновать, захватывать. Хотят, чтобы окружающие проявляли к ним максимум внимания, хотят интересовать окружающих как личность, не выпуская их из сферы своего обаяния и внушительности. Искусно пользуются различными приемами, чтобы не поставить под угрозу свои шансы на успех и не подорвать доверия к себе других людей. Потребность чувствовать себя «причиной» и иметь более широкую сферу влияния в 4,1% делает пациентов беспокойными, подвижными собственными желаниями и надеждами. 4% пациентов стремятся к нежности и тонкости чувств, в которых они могли бы раствориться, они чутки ко всему, что эстетично и исполнено вкуса. Все пациенты активно хотят добиться лучшего положения, активно сотрудничают с врачами и медперсоналом и окружающими лицами, хотят, чтобы окружающие относились к их потребностям благожелательно и проявляли бы уступчивость. Одновременно 4,01% пациентов считает, что трудно отвечать требованиям, которые им предъявляются, это стоит больших усилий; поэтому они хотят, чтобы ситуация стала легче. В этой группе ситуативная (реактивная) тревожность меняется в диапазоне от 29 до 47 баллов, личностная от 33 до 58 баллов. Депрессия умеренная. Возраст пациентов был от 26 до 38 лет.

Как показали данные систематизированного наблюдения и клинической беседы в эту группу вошли обожженные, страдавшие хроническим алкоголизмом (8%), хроническими соматическими заболеваниями (3,72%) и социально-дезадаптированные личности (11%).

Возбудимость у страдавших хроническим алкоголизмом выражалась во внезапных вспышках грубости по мельчайшему поводу в адрес персонала или соседей по палате, в демонстративном нежелании подчиниться проводимому лечению (выплесывание таблеток, отталкивание капельниц). На замечания больные не реагировали. Во время беседы они заявляли, что персонал некомпетентен и не может им помочь. Больные упорно держались своей линии поведения, несмотря на явное неодобрение окружающих. Замечания усиливали выраженность злобных вспышек и саботаж указаний. В большинстве случаев, персонал, действительно, вынужден был подчиниться больному. После этого больные испытывали чувство облегчения и на время успокаивались. Психологические защиты, присутствующие в этой группе пациентов: проекция (приписывание окружающим своей собственной враждебности, интерпретация действий окружающих как несостоятельных) и отреагирование. Повидимому, путем неосознаваемого использования защитных механизмов, больные могут поддерживать самооценку своего «Я» на нужном уровне.

Для социально-дезадаптированных пациентов и пациентов с хроническими соматическими заболеваниями была характерна демонстративность поведения, выражавшаяся в жалобах, страдальческой мимике и жестах, вздохах и слезах. Все эти проявления возникали в тот момент, когда больные считали, что их могут увидеть и услышать значимые лица – например, при появлении в палате врача. Обожженные считали, что им уделяют мало внимания, они всячески пытались побудить врача проводить с ними больше времени. Жалобы их были яркими, преувеличенными. Они часто использовали слова "ужасно", «невыносимо» и т.д., плакали и кричали при малейших манипуляциях с ранами, отказывались терпеть боль. Оттенок гипертрофированности жалоб быстро улавливался окружающими, особенно медсестрами, реагировавшими на жалобы с большой долей критицизма, что усиливало демонстративное поведение обожженных. Нарастание демонстративности приводило к наказаниям со стороны персонала (например, выполнение обезболивающей инъекции в последнюю очередь или уменьшение дозы анальгетика).

У пациентов этой группы также имеет место манипуляция с целью контроля над окружающими. Нарушение физического образа «Я» влечет за собой угрозу нарушения социального образа «Я». Вероятно, доожоговое «Я» было необычайно хрупким у этих пациентов (что подтверждает их неустойчивый социальный и семейный статус). Ситуация ожоговой болезни обуславливает то, что единственным механизмом, доступным для больных, являлась отрицательная самодемонстрация, показ своего страдания, преувеличение его. В качестве механизма психологической защиты для этих больных характерна регрессия. Наши результаты по этой группе обожженных сходны с данными Качалова П.В. (1989), описавшем психопатоподобные расстройства при ожоговой болезни. По данным этого автора, психопатоподобные расстройства встречаются у 15,3% обожженных, наша цифра несколько выше, возможно потому, что перед нами не стояла задача строгой клинической диагностики.

4. 24% (20 человек). Группа нормально адаптированных пациентов.

Эти пациенты стремятся производить приятное впечатление; хотят волновать и интересовать окружающих как личность. Они всегда начеку, неплохо контролируют ситуацию, им важно видеть, насколько они преуспели в своих стремлениях и как на них реагируют окружающие, это дает им ощущение самоконтроля. Искусно пользуются различными приемами, чтобы не поставить под угрозу свои шансы на успех и не подорвать доверия к себе других людей. Пациенты пытаются найти какую-то опору (внешнюю или внутреннюю), на которой можно построить спокойное и свободное от проблем будущее. Однако, пациенты склонны к замкнутости, в своих эмоциональных требованиях они взыскательны, нередко остаются разочарованными в стремлении к совершенному союзу. В 4,01% (5 человек) наблюдается стресс: пациенты чувствуют свое бессилие, чтобы исправить тягостную ситуацию, в которой находятся. Отмечается раздражение, эмоциональная импульсивность. Больные хотят "освободиться" от больничной обстановки, почувствовать меньше ограничений и обрести свободу принимать решения самостоятельно.

Возраст пациентов в этой группе от 36 до 49 лет. Показатели депрессии умеренные, ситуативная (реактивная) тревожность снижена относительно личностной.

Как показывают результаты систематизированного наблюдения и клинической беседы, пациенты этой группы были покладисты, их поведение полностью отвечает ожиданиям медицинского персонала. Для этой группы обожженных была характерна сравнительная легкость ожоговой травмы, доожоговое хорошее здоровье и социальное благополучие. Тем не менее, эмоциональные проблемы у этих больных есть, хотя и в скрытом виде. В качестве механизма психологической защиты выступала ин-

теллектуализация, покорно-спокойное отношение к своей участи. Следует отметить, что некоторые пациенты были религиозны, что, возможно, помогало им переносить тяготы своего положения.

Наши данные, полученные по этой группе пациентов, согласуются с 29,8% хорошо адаптированных у S.R.Lewis et al (1968) и не совпадают с 70% нормально адаптированных обожженных у J.E.Charlton.

Мы описали наиболее представительные группы пациентов, сходных по характеру эмоционального и поведенческого реагирования. Кроме этих групп имеются несколько относительно малочисленных групп пациентов, не вошедших ни в одну из описанных групп. Желающих ознакомиться с полным описанием, отсылаем к оригиналу нашей работы (Лафи С.Г., 1995)

Итак, в периоде токсемии для 40,9% пациентов характерно стрессовое состояние. 12% пациентов испытывают эмоциональную неудовлетворенность из-за своего зависимого и подчиненного положения и, как следствие, желание независимости приводит к стрессу и беспокойству. В 8% наблюдается разочарование из-за неудовлетворительных (по мнению пациентов) результатов лечения, это приводит к возбуждению и тревоге. В 8% наблюдений пациенты остро нуждаются в ощущении безопасности. В 4% стресс вызван неспособностью поддерживать взаимоотношения в желаемом состоянии. В 4% стресс вызван усилием скрыть беспокойство и тревогу под маской уверенности в себе и безопасности.

8.5.3. Источники стресса в периоде токсемии

В периоде токсемии основные цвета (синий, зеленый, красный и желтый), символизирующие основные психологические потребности, занимают первое место в цветовом ряду теста Люшера в 70,58%, второе место – в 59,44%, третье место – в 69,83%, четвертое место – в 61,61%, пятое место – в 50,02%

В первых двух позициях преимущество при выборе отдавалось зеленому цвету (26,37% и 27,02% соответственно). Зеленый цвет на первое место выбирался чаще, чем все другие цвета, и выбирался несколько чаще, чем в периоде конца шока-начала токсемии. Фиолетовый (дополнительный) цвет отступил на второе место по частоте встречаемости (ему отдавали предпочтение 25,67% пациентов). В периоде токсемии основные цвета занимали шестую позицию в 36,13%, седьмую позицию в 30,57% и восьмую позицию 26,41%. Точно так же во всех этих позициях продолжает доминировать синий цвет (23,61%, 19,88% и 11,11%), причем его удельный вес по сравнению с периодом шока-токсемии повышается. Это свидетельствует об усиливающейся фрустрации таких потребностей, как потребность в спокойствии, удовлетворенности, нежности, любви. Эти потребности у обожженных продолжают оставаться неудовлетворенными. По крайней мере у 11,11% пациентов мы встречаем значимое повышение тревоги в сравнении с предыдущим периодом, причем это повышение тревоги требует не только консультации психолога, но и вмешательства врача-психиатра. Стрессогенность ситуации, наметившаяся в периоде шока-токсемии, продолжает усиливаться, и по-прежнему сохраняется (и усугубляется) риск психосоматических изменений. Отвергнутый синий цвет как неудовлетворенная потребность в эмоциональном комфорте вызывает компенсирующее предпочтение других цветов.

8.5.4. Компенсация в периоде токсемии

Компенсация за счет основного цвета (так называемая "нормальная" или «адекватная» компенсация) осуществлялась предпочтением других основных цветов: зеленого, красного, желтого (28,37%, 18,91%). В целом, картина, описанная в периоде шока – начала токсемии, сохраняется и становится более отчетливой, яркой, т.к. удельный вес компенсирующих цветов повышается. В периоде токсемии компенсация за счет основного цвета осуществлялась в 70,58%, что превышает 57,11%, характерное для периода шока – начала токсемии. Однако в 29,42% компенсация в периоде токсемии была утрированной и осуществлялась по-прежнему за счет фиолетового цвета (25,67%), коричневого цвета (4,4%) и серого цвета (1,35%). Во второй позиции удельный вес дополнительных цветов несколько повышался (фиолетовый цвет – 25,67%, коричневый – 4,05%, черный – 2,7%, серый – 8,1%), а в третьей позиции незначительно снижался (13,69%, 8,21%, 1,36%, 6,84% соответственно).

8.5.5. Интенсивность тревоги и компенсации в периоде токсемии

В периоде токсемии обожженные более реально начинают оценивать ситуацию болезни и своего состояния. Их тревожность повышается: 26,41% пострадавших испытывают тяжелые психологические переживания. 11,11% пациентов находят существующую ситуацию крайне неприятной, но пациенты не способны самостоятельно изменить ее в желаемом направлении. Эмоциональная зависимость сохраняется и даже усиливается, но одновременно усиливается и желание собственной независимости. Эти противоречивые психологические механизмы действуют на пациентов угнетающе, пациенты становятся раздражительными, нетерпеливыми. Когда пациенты не могут найти реальный выход, они уходят в фантазии, избавляются от реальности, иногда у них страдает способность сосредоточения.

Чрезмерный, изнуряющий стресс характерен для 1,38% пациентов, ситуация полностью подчинила себе пострадавших и они более не в силах сопротивляться. 12,88% обожженных остро переживают чувство беспомощности, нуждаются в чувстве безопасности и хотят избавиться от довлеющего над ними страха.

Лишь в 36,13% наблюдений отмечается относительно легкое переживание имеющихся психологических проблем и физиологического дефекта. Но если обратить внимание на удельный вес каждого цвета, можно заметить, что наиболее часто на шестом месте (месте, сигнализирующем о наличии психологических проблем) из основных цветов оказывается синий цвет (23,61%). Другими словами, 23,61% обожженных не испытывают эмоциональной привязанности, даже находясь в близких эмоциональных отношениях с кем-либо. Мы считаем, что это обусловлено регрессией эмоций, причиной которой может быть тяжелое физическое состояние больного. Со своим положением в периоде токсемии мирятся 2,77% (т.е. в два раза меньше обожженных, чем в периоде шока – начала токсемии); несколько большее число обожженных пытаются успокоиться и расслабиться после периода перевозбуждения, нуждаются в покое и тишине (6,94%), и значительное меньшее число обожженных в сравнении с предыдущим периодом ожоговой болезни лелеют надежду, что выздоровление не за горами (лишь 2,77%).

8.6. ПЕРИОД РЕКОНВАЛЕСЦЕНЦИИ

Cassone P. (1980) и Bereni-Marzouk B. (1982) считали, что в стадии реабилитации у больных возникает некоторое повышение тревожности, больные задают окружающим одни и те же вопросы, тревога направлена в будущее, приступы снижения настроения прячутся под видимой эйфорией. Но Tucker P. (1987) в среднем не обнаружил никакого повышения реактивной тревоги по опроснику Спилбергера и лишь незначительное повышение невротизма по опроснику Айзенка, однако 19% его пациентов соответствовали критериям острого посттравматического стресса, симптомами которого являются тревога, кошмарные сновидения, нарушения сна, эмоциональная лабильность (правда, данные тестирования при этом не приводятся). Такую же примерно картину наблюдал у своих пациентов Богаченко В.П. (1964), считая характерным на этом этапе появление высказываний больных о своем увечье (автор называет это реактивными состояниями. Bereni-Marzouk B. (1982) подчеркивал, что в период реконвалесценции личностные особенности проявляются более отчетливо; больные проявляют интерес к другим обожженным, опекая их и «беря под крыло».

Гельфанд В.В. и Николаев Г.В. (1980, 1982) различали в этом периоде два типа реакций: депрессивно-дисфорический, возникающий у лиц с чертами гневливости, астено-депрессивный – возникающий у лиц с чертами тормозимости и робости.

Волошин П.В. (1972) считал, что эмоциональные нарушения в стадии реконвалесценции возникают после тяжелых ожогов. Кряжев С.В. (1971) отмечал, что психогенный момент в этих нарушениях значительно превышает соматогенный. Правда, далее констатации факта, речи в этих исследованиях не идет.

Об успешной адаптации в стадии реконвалесценции можно судить только на основании той же единственной статьи Hamburg D., 1967. Выделяются следующие механизмы выздоровления: 1) мобилизация надежды, 2) восстановление межличностных отношений (в том числе использование юмора), 3) восстановление самооценки. По классификации Vaillant G., 1986 эти механизмы относятся уже только к зрелым способам адаптации (предвосхищение, альтруизм, юмор, сублимация). Для всех расстройств в периоде токсемии и в периоде реконвалесценции остается довольно неясным значение локализации ожоговой травмы. Большинство авторов считают, что локализация ожога не имеет зна-

чения (Levis S.R., 1963; Богаченко В.П., 1964; Волошин П.В., 1972; Andreasen N.I.C., 1972; Steiner H., Clark W.R., 1977; Bereni-Marzouk B., 1982; Klein R.M., Charlton I.E., 1983; Tucker P., 1987).

Однако, Solnit A.I., Priel B., 1975, Гельфанд В.Б., Николаев Г.В., 1980, 1982, 1990 и Минасенко Ю.И., 1984 указывали на особую значимость ожогов лица и рук. Последний автор, основываясь на клинических данных, привел несколько противоречивых данных: манифестация, продолжительность и многообразие душевных расстройств не зависели от локализации ожога (автор отмечает значительную роль в возникновении расстройств отягощенного преморбида), но в то же время «синдром изуродованного лица» и ожоги других открытых частей тела предопределяли частоту, интенсивность и специфичность возникающих расстройств.

Отмечалась также низкая самооценка и сопутствующие ей депрессия и тревога у молодых женщин с ожогами груди (Cahners S.S., 1992). Особенно большие трудности они испытывали при появлении на свидании, а также при сексуальных контактах, т.к. испытывали страх, что рубцы, скрывающиеся одеждой, будут видны. Напротив, Blumenfeld M. et al, 1987 в своем контрольном исследовании сделали вывод, что размер и локализация ожога не имеют решающего значения для степени тяжести психологического переживания. Тяжесть психологического переживания эти авторы объясняют функционированием защитных механизмов регрессии и вытеснения, переживанием ожога как нарциссической травмы. Т.е. во главу угла они ставят психодинамические механизмы.

8.6.1. Психологические особенности периода реконвалесценции

Стадия реконвалесценции включает в себя период времени от закрытия кожными трансплантатами или грануляциями большей части поверхности тела до выписки из стационара. Психологически в этой стадии больные испытывают значительное облегчение от страданий периода токсемии, но еще по-настоящему не сталкиваются с новыми трудностями адаптации в большом мире.

Депрессия и тревожность в периоде реконвалесценции.

Значения депрессии у обожженных в периоде реконвалесценции варьируют от 0 до 29 баллов. Среднее значение депрессии в этом периоде 4,58 балла, что соответствует легкой степени выраженности депрессии. Уровень депрессии среди обожженных распределился следующим образом.

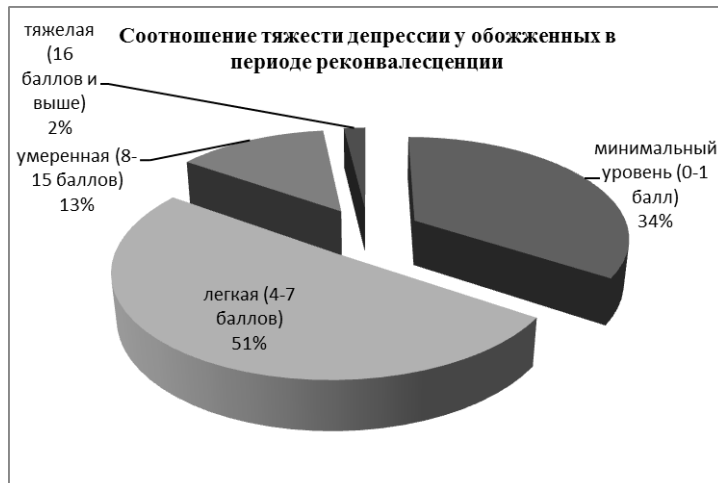


Рисунок 5. Соотношение тяжести депрессии у обожженных в периоде реконвалесценции

Как видно из диаграммы половина пострадавших 53 человека (50,47%) характеризуется легкой степенью выраженности депрессивных расстройств, у 36 человек (34,28%) уровень депрессии минимален, у 14 человек (13,33%) наблюдается умеренная депрессия, а у 2 обожженных (1,9%) тяжелая депрессия.

Ситуативная (реактивная) тревожность у обожженных в периоде реконвалесценции варьирует от 20 до 78 баллов. Среднее значение ситуативной (реактивной) тревожности у обожженных в периоде реконвалесценции – 37,38 балла. Изменение реактивной тревожности в периоде реконвалесценции характеризуется следующими значениями: у 52 человек (49,5%) значения реактивной тревожности ниже нормы, у 2 человек (1,9%) соответствуют норме, и у остальных 51 человека (48,57%) выше нормы, причем у 10 из них (9,52%) значения реактивной тревожности превышают 50 баллов.



График 6. Ситуативная (реактивная) тревожность у обожженных (период реконвалесценции)



График 7. Личностная тревожность у обожженных (период реконвалесценции)

Личностная тревожность у обожженных в периоде реконвалесценции варьирует от 26 до 67 баллов. Среднее значение личностной тревожности в периоде реконвалесценции равно 45,91 балла. У 15 человек (14,15%) личностная тревожность несколько снижена относительно нормы, у 14 человек (13,33%) она в пределах нормы, а у 76 человек (72,38%) она повышена, причем у 37 из них (35,23%) она выше 50 баллов.

Полученные нами данные о тревожности противоречат данным Cassone P., 1980 и Bereni-Marzouk, 1982, считающим, что в стадии реабилитации у обожженных возникает лишь «некоторое» повышение тревожности и данным Tucker D., 1987, показавшим полное отсутствие повышения реактивной тревоги по опроснику Спилбергера.

8.6.2. Психоземциональное состояние обожженных в периоде реконвалесценции

В периоде реконвалесценции наблюдается достаточное разнообразие типов эмоционального реагирования. С помощью кластерного анализа выделилось 17 групп пациентов (Лафи, 1995). На этом этапе ожоговой болезни пациент возвращается к привычному для себя способу реагирования, еще не осознавая того, что данный тип реагирования, возможно, будет не адаптивным в изменившейся жизненной ситуации. Обозначим общие тенденции.

В 27,3% случаев (у 26 человек) наблюдалась выраженная психическая напряженность, стресс. В 15,75% (15 человек) стресс был вызван нежелательными ограничениями и «стесненностью». Пациенты стремятся к открытым взаимоотношениям, основанным на взаимном доверии и понимании. Они хотят действовать в согласии со своими собственными убеждениями. Требуют свободы принимать решения самостоятельно без всякого вмешательства, без внешних воздействий и без необходимости идти на компромиссы. В 4,2% случаев (4 наблюдения) для пациентов характерно напряженное ожидание, они очень нуждаются в безопасной обстановке, но пассивны в достижении своих целей.

В 2,1% случаев (2 наблюдения) стресс вызван разочарованием в результатах лечения, отсюда проистекают тревога и возбуждение.

В 2,1% случаев (2 наблюдения) стресс и тревогу вызвало эмоциональное разочарование. Какая-то эмоциональная связь перестала развиваться гладко; это глубоко разочаровало пациентов. Хотя, с другой стороны, пациенты хотели бы совершенно освободиться от этой привязанности, но, с другой стороны, они не хотят терять эту связь. Эти противоречивые эмоции до такой степени ухудшают их состояние, что они пытаются подавить их, вырабатывая у себя отношение равнодушное и суровое.

В 1,05% случаев (1 наблюдение) пациент остро переживает то что кажется ему враждебностью окружения. Чувствует, что является объектом невыносимого давления и что какая-то сила движет им против его воли. Негодует и возмущается «неразумными» требованиями со стороны окружения, однако, чувствует себя бессильным как-либо повлиять на ситуацию и защитить себя самого.

В 1,05% случаев (1 наблюдение) стресс вызван сексуальными ограничениями

В 1,05% случаев (1 наблюдение) пациент отказывается расслабиться или уступить. Существующие отношения с окружающими его не удовлетворяют. Это угнетает его, делает раздражительным и нетерпеливым, вызывает беспокойство и стремление избавиться от этой ситуации, если не на деле, то хотя бы мысленно.

Как показывают результаты клинической беседы и систематизированного наблюдения, для 31,5% пациентов (32 человека) в периоде реконвалесценции характерна реакция мобилизации. Эти данные близки данным Качалова П.В. (1990 г.), который приводит цифру 36,6%.

Больные упорно занимались лечебной физкультурой. Они были активны, имели хороший аппетит, интересовались перспективами восстановительного лечения, с удовольствием опекали других обожженных. Хотя тревога клинически не всегда распознавалась, тревожность имела практически у всех больных. Тревожные опасения у больных были связаны с преувеличенными требованиями к себе, неуверенностью, сомнениями («вряд ли я когда-нибудь справлюсь с последствиями этого»). Обожженные фиксировались на своих слабостях, на рубцовых контрактурах и обезображиваниях, которые они не могли устранить с помощью лечебной физкультуры и где улучшения приходилось ждать годами. Часто пациенты испытывали опасения, что рубцы станут привлекать внимание окружающих и вызывать отвращение. Тревожные опасения возникали в связи с предчувствованием трудностей возвращения к прежней жизни. Анализ переживаний показал, что источником тревожных опасений и, как следствие, поведенческих особенностей, служили когнитивные ошибки. Вслед за А.Т. Веck (1976) и Качаловым П.В. (1990) мы называем эти ошибки чрезмерным обобщением, избирательным невниманием, неспособностью взглянуть на себя со стороны «черно-белыми» суждениями («все или ничего», «хорошо или плохо»).

В качестве психологических защит, используемой этой группой пациентов, выступало предвосхищение.

Псевдоэйфорической реакции на травму, как это описывали некоторые авторы (Качалов П.В., 1990), мы не наблюдали ни у одного пациента. (По данным Качалова П.В. псевдоэйфорическая реакция встречается в 5,6% и является характерной для обожженных, страдающих хроническим алкоголизмом). Действительно, на поведенческом уровне у страдающих алкоголизмом наблюдался неоправданный оптимизм и бравада. Они зачастую отказывались обсуждать с кем-либо трудности, ожидающие их после выписки и планы восстановительного лечения, стремясь к отчуждению от врача. Но при заполнении опросников и выборе карточек теста Люшера обнаруживалось существование психоэмоционального неблагополучия. В качестве психологической защиты эти пациенты использовали отрицание.

В 13,6% наблюдений у пациентов выявлялась повышенная депрессия и/или повышенная тревожность. Трудности предстоящей адаптации к последствиям травмы казались им чрезмерно огромной угрозой. На фоне объективного улучшения состояния у пациентов были нередки жалобы на слабость, на контрактуры. Больные всячески пытались оттянуть выписку из стационара.

В 49,3% наблюдений больные имели внешне благополучную картину переживания ожоговой болезни. Это были покладистые, комфортные люди, выполнявшие все указания персонала, не предъявлявшие жалоб.

Проблемы, с которыми им придется столкнуться после выписки, казалось, мало волновали их. Однако, использование проективных методов позволило выявить существование психоэмоциональных проблем, имеющих отношение к успешности преодоления травмы (взаимоотношения с родственниками, ожидание реакции от окружающих). Впрочем, эти проблемы не несли отрицательной негативной окраски и казались вполне преодолимыми для больных.

В качестве психологической защиты использовался механизм ухода в фантазии.

Действие этого механизма обнаруживалось в том, что значительную часть времени больные мечтали, представляя преодоление последствий ожога. Применение этого механизма защиты помогало им, очевидно, какое-то время удерживать дистресс в терпимых пределах, но ставило под сомнение успешность адаптации в будущем.

8.6.3. Источники стресса в периоде реконвалесценции

В периоде реконвалесценции основные цвета (синий, зеленый, красный и желтый) занимают первое место в 73,05%, второе место – в 55,9%, третье место – в 64,41%, четвертое место – в 77,65%, пятое место – в 46,62%. В первых двух позициях преимущество при выборе основных цветов устойчиво держится за зеленым цветом (36,53% и 19,23% соответственно). А из дополнительных цветов лидерство по-прежнему сохраняет фиолетовый (18,26% в первой позиции, 28,84% во второй позиции). Пациенты, ставящие зеленый на первое место деятельны, упорны, целеустремленны. Они высоко оценивают свое «я», сопротивляются изменениям, которые возможны в их статусе после перенесенной травмы. Эти люди хотят, чтобы во всем торжествовали их собственные взгляды и убеждения, они склонны к морализаторству и поучению других. В своих беседах с другими обожженными они нередко склонны возвышать себя, описывая свое стойкое поведение. Эти люди хотят всегда производить эффектное впечатление. Они стремятся во всем сохранить свои позиции и поступать по-своему, несмотря на сопротивление и противодействие. Предпочтение фиолетового свидетельствует о состоянии, возникшем после длительного стресса. Обожженные в периоде реконвалесценции испытывают потребность в особом понимании, мягком обращении и доброте, которые избавили бы пострадавших от страхов. С другой стороны, фиолетовый цвет может указывать на нереалистичную оценку ситуации, пребывание в мире иллюзий и надежд на «чудесное исцеление», отказ от реального восприятия своего дефекта и его последствий. Предпочитаемый фиолетовый цвет указывает на эмоциональную неустойчивость.

Эмоциональные конфликты и психологические переживания наблюдались у 58,38% пациентов, что несколько больше, чем в периоде конца шока – начала токсемии и периоде токсемии.

В периоде реконвалесценции основные цвета, указывающие на источники стресса, занимали шестую позицию в 47,55%, седьмую позицию в 15,52% и восьмую позицию в 18,46%. Доминирующая роль в шестой позиции принадлежит основному синему цвету (28,15%), в седьмой позиции предпочтение отдается красному цвету (6,79%) при полном отсутствии зеленого, а в восьмой позиции из основных цветов чаще оказывается зеленый (8,73%).

Сохраняющееся доминирование синего свидетельствует о глубокой и длительной фрустрации таких потребностей, как потребность в спокойствии, удовлетворенности, нежности, любви. Отвергнутый синий как неудовлетворенная потребность в эмоциональном комфорте вызывает компенсирующее предпочтение зеленого (36,53%). В этом случае настойчивым требованием, предъявляемым зеленым цветом к объекту является «гордое и мятежное требование независимости» (Люшер М., 1975). Это состояние сопровождается тревогой и импульсивным поведением (28,15%). Мы считаем, что поскольку стрессогенная ситуация была длительной, у этих пациентов уже сложилась почва для развития психосоматического заболевания, манифестации которого можно ожидать, когда обожженный покинет клинику.

Отвергаемый красный цвет (6,79%) указывает на то, что в существующей ситуации пациент видит угрозу и опасность. У обожженного есть серьезные опасения, что он никогда не восстановит своего прежнего социального и физического статуса, он ощущает беспомощность и бессилие в борьбе с трудностями, которые принесла ему ожоговая травма. Эти пациенты раздражительны, у них нередки вспышки гнева, возможно наличие нервного истощения.

Желтый цвет в восьмой позиции (8,75%) свидетельствует о том, что несбывшиеся надежды вызвали неуверенность и опасения. Обожженные испытывают потребность почувствовать себя в безопасности, и избежать каких-либо разочарований в дальнейшем. Страх потерять положение и престиж также преследует этих пациентов. Пациенты пессимистично смотрят в будущее. Отвергаемые в совокупности синий, красный и желтый цвета вызывают компенсирующее предпочтение другого цвета: зеленого.

8.6.4. Компенсация в периоде реконвалесценции

Компенсация за счет основных цветов (так называемая «нормальная компенсация») осуществлялась предпочтением либо синего (10,57%), либо зеленого (36,53%), либо красного (16,34%), либо желтого (9,61%) цветов. Как свидетельствуют приведенные данные, компенсация чаще всего осуществлялась с помощью зеленого цвета. Зеленый цвет символизирует в данном контексте требование независимости. Сочетание неприемлемого красного и предпочитаемого зеленого (6,79%) встречается тогда, когда обожженный пытается превозмочь нервное и физическое истощение только с помощью силы воли. Предпочитаемый красный цвет (16,34%) свидетельствует о потребности во внешних раздражителях и потребности собственной деятельности. Предпочитаемый желтый цвет является знаком поисков выхода из существующей ситуации (9,61%). Следует отметить, что удельный вес желтого цвета в первой позиции в периоде реконвалесценции снижается по сравнению с предыдущим периодом (13,51%).

В целом, картина, характерная для периода токсемии, в периоде реконвалесценции меняется в сторону большей представленности зеленого цвета относительно других основных цветов.

В периоде реконвалесценции компенсация за счет основного цвета осуществлялась в 73,05%, что практически совпадает с данными, полученными в периоде токсемии. Однако в 26,95% компенсация в периоде реконвалесценции утрирована и осуществлялась по-прежнему за счет фиолетового цвета (18,26%), коричневого цвета (4,8%), черного (1,92%) и серого (1,92%). Во второй позиции удельный вес дополнительных цветов повышался (фиолетовый цвет 28,84%, коричневый цвет – 6,73%, черный цвет – 4,8%, серый цвет – 3,84%), а в третьей был представлен следующим образом: фиолетовый цвет – 10,26%, коричневый цвет – 9,61%, черный цвет – 1,92%, серый цвет – 5,76%.

Как уже было указано, коричневый цвет символизирует (в данной позиции) желание освободиться от тягостной ситуации, желание физического комфорта, расслабления и восстановления сил. Предпочитающие черный цвет находят ситуацию неприятной и считают, что к ним предъявляются непомерно высокие требования. Серый цвет предпочитают пациенты, изнуренные душевными и физическими страданиями. Они не хотят ни в чем участвовать и избегают пребывания в раздражающей их обстановке. Они утомлены и опустошены, и стремятся лишь к тому, чтобы их оставили в покое.

8.6.5. Интенсивность тревоги и компенсации в периоде реконвалесценции

В 47,55% существующая психологическая и физическая начинают переживаться слабее, чем в периоде токсемии. Тревожность пациентов снижается. Однако удельный вес синего цвета, встречающегося в шестой позиции (позиции, сигнализирующей о наличии психических и физиологических проблем) повышается с 23,61% в периоде токсемии до 28,15% в периоде реконвалесценции. Другими

словами, увеличивается число обожженных, не испытывающих эмоциональных привязанностей (регрессия эмоций).

Со своим положением в периоде реконвалесценции мирятся 3,88%. 8,73% пациентов пытаются успокоиться и расслабиться после периода перевозбуждения, нуждаются в покое и тишине. Следует отметить, что число последних пациентов неуклонно повышается в ходе пребывания в больнице. 6,79% обожженных надеются на успешное скорое улучшение своего состояния.

Однако у 18,46% пациентов в периоде реконвалесценции имеются серьезные переживания, сопровождаемые повышенной тревогой. В 6,79% пациенты тяготеют длительным пребыванием в клинике, но вынуждены идти на уступки по отношению к медперсоналу. Они ранимы, чувствительны, но не желают, чтобы окружающие догадались об этом их качестве. Эти пациенты занимают, как правило, внешне эмоционально-отстраненную позицию, а в 0,97% наблюдений сила воли, жизнестойкость и способность противостоять нежелательной ситуации подавлены чрезмерным стрессом. Тем не менее пациенты продолжают демонстрировать «героическое» поведение, не желая смириться со своей травмой. 1,94% пациентов переживают чувство беспомощности, они раздражительны, гневливы. 8,73% нуждаются в чувстве безопасности и хотят избавиться от гнетущего их страха.

8.7. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ИЗМЕНЕНИЯ ЗНАЧЕНИЙ ДЕПРЕССИИ, УРОВНЯ СИТУАТИВНОЙ (РЕАКТИВНОЙ) ТРЕВОЖНОСТИ НА ПРОТЯЖЕНИИ ВСЕГО ВРЕМЕНИ ПРЕБЫВАНИЯ ОБОЖЖЕННОГО В КЛИНИКЕ ПОСЛЕ ПОЛУЧЕНИЯ ТРАВМЫ

Мы уже говорили, что психологическое обследование пострадавших с помощью бланковых методик начиналось с того момента, когда обожженный мог участвовать в обследовании. Это соответствовало периоду конца шока – начала токсемии, а хронологически – через два дня после получения травмы. В дальнейшем психологическое обследование проводилось на протяжении всего времени пребывания пострадавшего в клинике до момента выписки.



График 8. Динамика депрессии у обожженных на протяжении времени пребывания в клинике после получения травмы

На графике приведены средние значения депрессии, соответствующие разным периодам состояния больного: периоду конца шока – началу токсемии, периоду токсемии и периоду реконвалесценции.

В периоде конца шока – начала токсемии уровень депрессии соответствует умеренному уровню (10,76 балла), причем 70% больных (73 человека) отмечают умеренную и тяжелую депрессию (54,28%) (57 человек) и 15,23% (16 человек) соответственно).

В периоде токсемии уровень депрессии снижается до 6,94 балла, что соответствует верхней границе легкой депрессии, большинство пострадавших 76% (57 человек) отмечают наличие у себя умеренной и легкой депрессии (32% (24 человека) и 44% (38 человека) соответственно.

В периоде реконвалесценции уровень депрессии продолжает снижаться и становится равным 4,53 балла, что соответствует нижнему уровню легкой депрессии. В периоде реконвалесценции большинство пострадавших 84,75% (91 человек) отмечают у себя либо легкую депрессию (50,47% (58 человека), это несколько выше, чем 41% у Bereni-Marzouk et al ,1987), либо минимальный уровень депрессии (34,28% (36 человек).

На рисунках 6, 7, 8 представлено соотношение тяжести депрессии у обожженных на протяжении их пребывания в клинике.



Рисунок 6. Соотношение тяжести депрессии у обожженных во время госпитализации (период конца шока – начала токсемии)



Рисунок 7. Соотношение тяжести депрессии у обожженных во время госпитализации (период токсемии)



Рисунок 8. Соотношение тяжести депрессии у обожженных во время госпитализации (период реконвалесценции)

Ситуативная (реактивная) тревожность также претерпевала изменения на протяжении прерывания обожженного в клинике. Так, период конца шока – начала токсемии характеризуется самым высоким уровнем ситуативной тревожности (среднее значение 44,5 балла) повышенный и высокий уровень ситуативной тревожности в этом периоде характерен для 68,57% обожженных (72 человека).

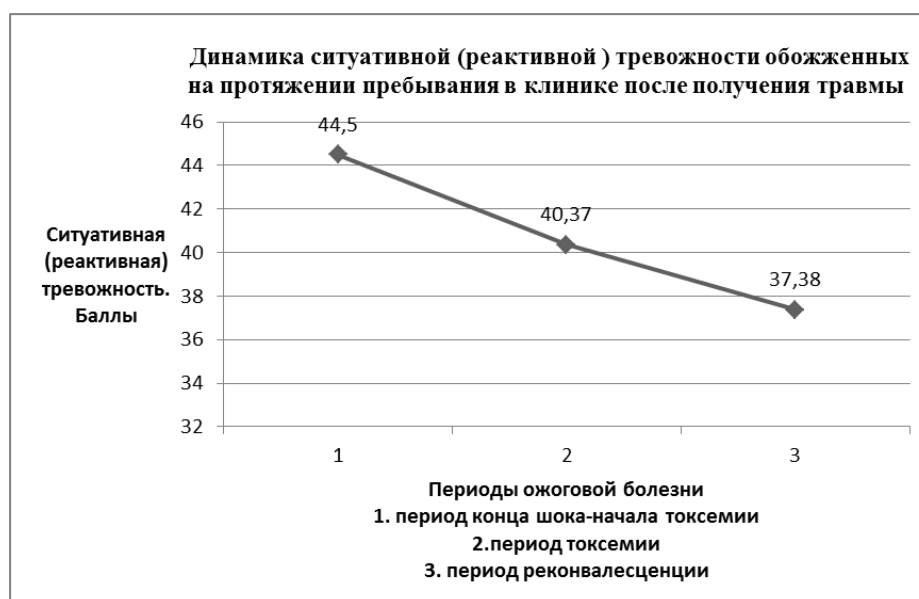


График 9. Динамика ситуативной (реактивной) тревожности у обожженных на протяжении времени пребывания в клинике после получения травмы

В периоде токсемии средний уровень ситуативной тревожности несколько снижается, до 40,37 балла, но остается выше нормы, причем это характерно для 57,33% обожженных. Наконец, в периоде реконвалесценции средние значения ситуативной (реактивной) тревожности снижаются до уровня нормы, 37,38 балла, но все же у 48,57% обожженных (51 человека) значения ситуативной (реактивной) тревожности остаются повышенными.

Личностная тревожность остается практически неизменной на протяжении всего времени пребывания обожженных в клинике: в периоде конца шока – начале токсемии среднее значение личностной тревожности равно 47,36 балла, в периоде токсемии 48,42 балла, а в периоде реконвалесценции 45,91 балла. Все эти значения выше «нормы», которая по Ч.Д.Спилбергеру и Б.Д.Ханину лежит в пределах 36-39 баллов. (Средние уровни РТ и ЛТ у обожженных в нашем исследовании были выше, чем указанные Р.Тucker (1987) 37 и 33 балла соответственно).

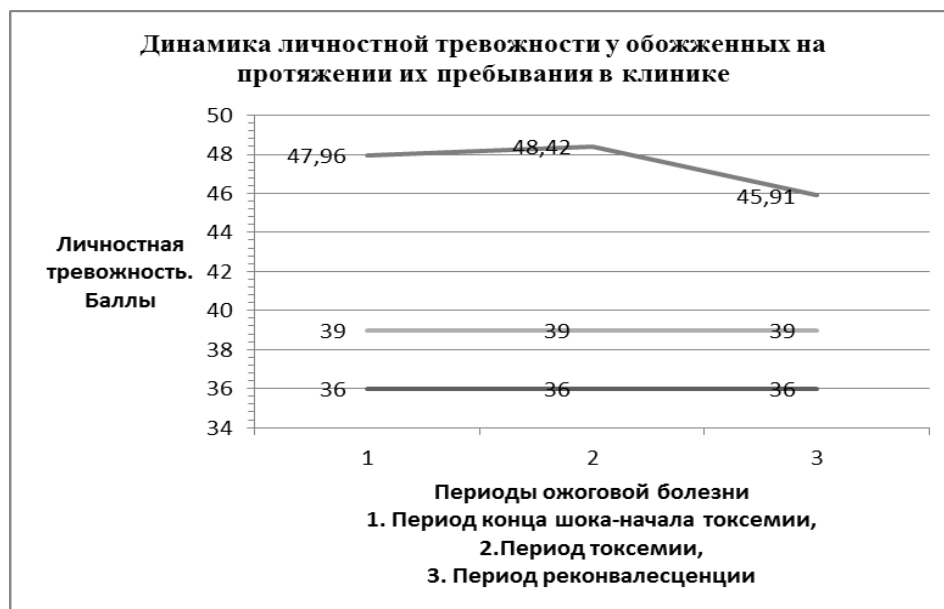


График 10. Динамика личностной тревожности у обожженных на протяжении их пребывания в клинике после получения травмы

В процентном отношении повышенный уровень личностной тревожности на протяжении всего времени лечения в клинике практически неизменен: 79,04%, 86,6% и 72,38%. Некоторые изменения в сторону повышения личностной тревожности в периоде токсемии (86,6% обожженных) и некоторого понижения в периоде реконвалесценции (72,38%) не являются статистически значимыми и могут быть рассмотрены лишь как тенденция.

8.8. РИГИДНОСТЬ ОТНОШЕНИЙ И ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ ОБОЖЖЕННЫХ НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ ТЕЧЕНИЯ ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ

Выбор цветов в тесте Люшера делался пациентами дважды, с перерывом в 5-6 мин. При повторном выборе пациентов просили сознательно не припоминать или воспроизводить первую последовательность цветов. Пациентам говорили, что выбор должен делаться так, как будто эти восемь цветов они видят впервые. Известно, что, если второй выбор в точности повторяет первый, имеет место известная ригидность отношения и негибкость аффективной стороны характера (Люшер М., 1975).

Прилагаемые таблицы показывают процент совпадения цветов при первом и втором выборе карточек теста Люшера на разных этапах течения ожоговой болезни

Таблица 7

Совпадение цветов при первом и втором выборе карточек теста Люшера (период конца шока – начала токсемии)

| Номер позиции | Первая позиция | Вторая позиция | Третья позиция | Четвертая позиция | Пятая позиция | Шестая позиция | Седьмая позиция | Восьмая позиция |
|--------------------------------------|----------------|----------------|----------------|-------------------|---------------|----------------|-----------------|-----------------|
| Совпадение (кол-во набл. / проценты) | 90 (85,7%) | 76 (73%) | 65 (62,5%) | 66 (63,46%) | 74 (71,15%) | 71 (68,26%) | 78 (74,28%) | 88 (83,8%) |
| Различие (кол-во набл. / проценты) | 15 (14,3%) | 28 (27%) | 39 (37,5%) | 38 (36,54%) | 30 (28,85%) | 33 (31,74%) | 27 (25,27%) | 17 (16,2%) |

Таблица 8

Совпадение цветов при первом и втором выборе карточек теста Люшера (период токсемии)

| Номер позиции | Первая позиция | Вторая позиция | Третья позиция | Четвертая позиция | Пятая позиция | Шестая позиция | Седьмая позиция | Восьмая позиция |
|-------------------------------------|----------------|----------------|----------------|-------------------|---------------|----------------|-----------------|-----------------|
| Совпадение (кол-во набл./ проценты) | 65 (87,83%) | 61 (82,43%) | 49 (67,12%) | 51 (69,86%) | 46 (63,88%) | 54 (75%) | 53 (73,61%) | 58 (80,55%) |
| Различие (кол-во набл./ проценты) | 9 (12,17%) | 13 (17,57%) | 24 (32,58%) | 22 (30,14%) | 26 (36,12%) | 18 (25%) | 19 (26,39%) | 14 (19,45%) |

Таблица 9

Совпадение цветов при первом и втором выборе карточек теста Люшера (период реконвалесценции)

| Номер позиции | Первая позиция | Вторая позиция | Третья позиция | Четвертая позиция | Пятая позиция | Шестая позиция | Седьмая позиция | Восьмая позиция |
|-------------------------------------|----------------|----------------|----------------|-------------------|---------------|----------------|-----------------|-----------------|
| Совпадение (кол-во набл./ проценты) | 78 (74,28%) | 68 (65,38%) | 79 (75,96%) | 73 (70,87%) | 80 (77,66%) | 76 (73,78%) | 84 (81,55%) | 87 (83,65%) |
| Различие (кол-во набл./ проценты) | 27 (25,72%) | 36 (34,62%) | 25 (24,04%) | 30 (29,13%) | 23 (22,34%) | 27 (26,22%) | 19 (18,45%) | 17 (16,35%) |

В периоде конца шока – начала токсемии ригидность более выражена при выборе первых двух и последних двух цветов. При выборе первого цвета ригидность имеется у 85,7% обожженных, при выборе второго цвета у 73%, при выборе седьмого цвета у 74,28%, при выборе последнего цвета у 83,8%. При выборе третьего и четвертого, пятого и шестого цветов ригидность выражена меньше (62,5%, 68,46%, 71,15%, 68,26% соответственно). Иными словами, при повторном выборе на третьем, четвертом, пятом и шестом местах чаще оказывались другие цвета, нежели те, которые были при первом выборе. А в первых и последних позициях выбираемые цвета были более стабильными и реже подвергались изменению. Это говорит о наличии механизма компенсации, который больные неосознанно используют и который устойчив и стабилен уже в самом начале ожоговой болезни. Можно сделать предположение, что тот или иной механизм компенсации, используемый обожженными, является индивидуально-специфичным и применяется обычно в экстремальных условиях.

В периоде токсемии указанная тенденция при выборе цветов продолжает сохраняться и усиливаться: ригидность более выражена при выборе первых двух и последних двух цветов, а также усиливается ригидность при выборе шестого цвета.

При выборе первого цвета ригидность имеется у 87,83% обожженных, при выборе второго цвета – у 82,43%, при выборе седьмого цвета – у 73,61%, а при выборе последнего цвета – у 80,55%. При выборе шестого цвета ригидность присутствовала у 75% пациентов. При выборе третьего, четвертого и пятого цветов ригидность выражена меньше, чем при выборе первых и последних цветов, но несколько превышает ригидность, имевшуюся при выборе тех же цветов в периоде конца шока – начала токсемии. При выборе третьего цвета ригидность составила 67,12%, при выборе четвертого цвета – 69,86%, при выборе пятого цвета – 63,08%.

В периоде реконвалесценции ригидность эмоциональной сферы при выборе первых двух цветов снижается: при выборе первого цвета ригидность составляет 74,28%, а при выборе второго цвета – 65,38%. Эти значения меньше значений полученных в периоде конца шока – начала токсемии и в периоде токсемии. Ригидность при выборе третьего, четвертого и пятого цветов повышается в сравнении с предыдущими периодами течения ожоговой болезни и составляет 75,96%, 70,87% и 77,66% соответственно. Ригидность в выборе шестого цвета остается примерно такой же, как в периоде токсемии (73,78%). Возрастает до 81,55% ригидность при выборе седьмого цвета. На прежнем уровне (83,65%) остается ригидность при выборе последнего восьмого цвета.

Такие особенности в выборе цветов можно объяснить особенностями функционирования механизма компенсации. На компенсирующее поведение указывает цвет, стоящий на первом месте. Поскольку он заменяется несколько чаще в периоде реконвалесценции, то можно сделать вывод о возможной гибкости компенсации в этом периоде, об известной «доступности» обожженного перемена, об активном поиске выхода из душевного (и телесного) кризиса. Более отчетливо формируется актуальная проблема, на которую указывает отвергнутый цвет или цвета (ригидность повышается ко времени выписки обожженного из стационара).

8.9. ВЛИЯНИЕ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПОРАЖЕНИЯ НА ДЕПРЕССИЮ И ТРЕВОЖНОСТЬ ОБОЖЖЕННЫХ

Вопрос о влиянии локализации поражения на интенсивность психологических переживаний обожженных довольно часто обсуждался в литературе (Levis S.R., 1968; Богаченко В.П., 1964; Andreassen N.J.C., 1972).

В нашем исследовании (Лафи С.Г., 1995) также была предпринята попытка ответить на вопрос о том, **влияет ли локализация поражения на депрессию, реактивную (ситуативную) тревожность и личностную тревожность.**

На основе наблюдений было выделено девять различных вариантов локализации поражения: лицо и кисти, лицо и гонады, лицо и туловище, лицо и все остальное, кисти и гонады, кисти и туловище, кисти и все остальное, гонады и туловище, гонады и все остальное.

С помощью статистики Т-критерия Стьюдента была проанализирована значимость эмоционального реагирования обожженных (уровень депрессии, реактивной (ситуативной) тревожности, личностной тревожности) в зависимости от поражения той или иной части тела. В данном тексте статистические выкладки большей частью опущены.

Итак, **в периоде шока–начала токсемии** депрессия, реактивная (ситуативная) тревожность и личностная тревожность не имеют значимых различий у обожженных с поражением лица и кистей, лица и гонад, лица и всего остального, кистей и гонад, кистей и всего остального, кистей и туловища, гонад и туловища.

Наблюдается тенденция к отличию личностной тревожности в группе обожженных с поражением лица и в группе обожженных с поражением туловища. В группе обожженных с поражением лица личностная тревожность составляет 58,33 балла, а в группе обожженных с поражением туловища личностная тревожность составляет 45,91 балла, что несколько ниже предыдущей группы. Поскольку Т разд. = 1,80, а знач. Р = 0,17 (ст. св.=3,1) и Т общ. = 1,78, знач. Р = 0,1 (ст. св.=13), то указанные различия все-таки не значимы.

В группе с поражением гонад и в группе с поражением всего остального (т.е. всех частей тела кроме гонад) имеется тенденция различию в уровне депрессии. В группе с поражением гонад депрессия несколько выше и составляет 14 баллов в сравнении с 11 баллами в группе с поражением других частей тела (Т разд. = 1,72; знач. Р = 0,1; ст. св. =22). В уровне личностной тревожности различия между указанными группами являются значимыми: в группе с поражением гонад личностная тревожность выше и составляет 49 баллов, а в группе с поражением частей тела она значимо ниже и составляет 44 балла (Т разд. = 2,71; знач. Р = 0,01; ст. св. = 22).

В периоде токсемии депрессия, реактивная (ситуативная) тревожность и личностная тревожность не имеют значимых различий у обожженных с поражением лица и кистей, кистей и всего остального, кистей и туловища, туловища и всего остального. (Под «всем остальным» понимается та или иная локализация, не вошедшая в вышеперечисленные. Например, нижние конечности, бедра, голени, ягодицы и т.п.).

В группе обожженных с поражением лица и в группе обожженных с поражением гонад наблюдается высокая тенденция к повышению личностной тревожности для обожженных с поражением лица (среднее значение личностной тревожности 52 балла по сравнению с 41 баллом в группе с поражением гонад. Тразд. = 3,42; знач. Р = 0,08; ст. св.=2). Еще раз отметим, что выражение «высокая тенденция» с точки зрения математической статистики бессмысленно, если говорить строго,– различия в данном случае не значимы.

Так же повышена личностная тревожность у обожженных с поражением лица в сравнении с обожженными с ожогами других частей тела и с ожогами туловища. Личностная тревожность у обожженных с поражением лица в среднем равна 52 баллам, а личностная тревожность обожженных с ожогами других частей тела равна 45,43 балла. (Т разд. = 1,85; знач. Р = 0,16; ст. св. = 2,9). Личностная тревожность обожженных с ожогами туловища также имеет тенденцию к понижению (46,08 балла) относительно личностной тревожности обожженных с поражением лица. (Т разд. = 1,6; знач. Р = 0,2; ст. св.=3,4).

Наблюдаются значимые различия в уровне личностной тревожности в группе с поражением кистей и в группе с поражением гонад. В группе с поражением кистей личностная тревожность является значимо более высокой (49,09 балла), нежели в группе с поражением гонад, (41 балл). (Т разд. = 3,16, знач. Р=0,01;ст.св=10). Наблюдаются значимые различия в группе с поражением гонад и группе с поражением других частей тела. Обожженные с поражением гонад имеют более высокую депрессию (10 баллов), нежели обожженные с поражением других частей тела (6 баллов) (Тразд. =3,02; знач. Р=0,01;ст.св.=22), пониженные реактивную и личностную тревожность (38 и 41 балл соответствен-

но), нежели обожженные с поражением других частей тела (41 и 45 баллов соответственно). (Тразд.=2,98; знач.Р=0,01; ст.св.=22).

Высокая тенденция к аналогичным различиям (понижению реактивной и личностной тревожности) имеется в группе с поражением гонад и в группе с поражением туловища. Реактивная (ситуативная) тревожность в группе с поражением гонад ниже (38 баллов), нежели в группе с поражением туловища (44 балла). (Т разд. = -1,92; знач. Р=0,08; ст.св.=11). Личностная тревожность также понижена: среднее значение 41 балл в группе с поражением гонад и 46,08 балла в группе с поражением туловища. Тразд.= -2,81; знач.Р = 0,02; ст.св.=11.

В периоде реконвалесценции сохраняются незначимые различия в уровне депрессии, реактивной (ситуативной) тревожности и личностной тревожности между группой с поражением лица и группой с поражением кистей, исчезает тенденция к повышению личностной тревожности в группе с поражением лица относительно группы с поражением других частей тела и группы с поражением туловища (т.е. уровень депрессии, ситуативной (реактивной) тревожности, личностной тревожности в указанных трех группах теперь практически не различается). Сохраняются не значимые различия в группах: в группе с поражением кистей и в группе с поражением туловища. И так же как в предыдущих периодах остаются незначимые различия между группой с поражением туловища и группой с поражением других частей тела (и «всего остального»).

Продолжает сохраняться наметившаяся в периоде токсемии высокая тенденция к повышению личностной тревожности в группе обожженных с поражением лица в сравнении с группой с поражением гонад. (среднее значение личностной тревожности 51 и 41 балл соответственно. (Т разд.=3,11;знач.Р=0,09;ст.св.=2.)

В группе обожженных с поражением кистей и в группе обожженных с поражением гонад сохраняются значимые различия в уровне личностной тревожности, появившиеся в периоде токсемии: личностная тревожность у обожженных с поражением кистей выше, чем у обожженных с поражением гонад (47,81 к 41 балл соответственно), (Т разд. = 2,31; знач. Р = 0,04; ст. св. =10). Но в уровне депрессии между этими группами наблюдаем обратное соотношение : депрессия в группе обожженных с поражением гонад значимо выше, чем в группе с поражением кистей (среднее значение 10 баллов и 3,81 балл соответственно. (Тразд. = -4,46; знач. Р = 0,0001; ст. св. =10).

В группах обожженных с поражением гонад и с поражением других частей тела сохраняются появившиеся в периоде токсемии, значимые различия в уровне депрессии (депрессия у обожженных с поражением гонад значимо выше, чем у обожженных с поражением других частей тела: среднее значение депрессии 10 3 балла соответственно. (Т разд.=16 ,82; знач. Р = 0,01; ст. св. =22), и в уровне личностной тревожности (личностная тревожность у обожженных с поражением гонад значимо ниже, чем у обожженных с поражением других частей тела (среднее значение личностной тревожности 41 и 44 балла ответственно; Т разд. = -2,3; знач. Р=0,03; ст. св. = 22). Следует отметить, что в периоде реконвалесценции исчезает тенденция к различию в уровне реактивной (ситуативной) тревожности (см. выше), имевшая место в периоде конца шока – начала токсемии и в периоде токсемии.

В группе обожженных с поражением гонад и с поражением туловища в периоде реконвалесценции появляется ранее не имевшая места тенденция к повышению уровня депрессии у обожженных с поражением гонад; среднее значение депрессии 10 баллов относительно 6 баллов у обожженных с поражением туловища. Тразд.=1,53; знач. Р = 0,15; ст.св. =11. Тенденция, имевшая место в периоде токсемии , к различию в уровне ситуативной (реактивной) тревожности исчезает, но становятся значимыми различия в уровне личностной тревожности; личностная тревожность у обожженных с поражением гонад значимо ниже, чем у обожженных с поражением туловища (среднее значение личностной тревожности 41 и 46,33 балла соответственно, Т разд. = -2,53; знач. Р = 0,03;ст.св.=11).

Иными словами, в группах с поражением лица и кистей, лица и туловища, лица и других частей тела, кистей и других частей тела, кистей и туловища, туловища и других частей тела значимых различий в уровне депрессии, реактивной (ситуативной) тревожности, личностной тревожности не наблюдалось на протяжении всего пребывания пациентов в клинике, значимые различия появляются лишь при сравнении группы обожженных с поражением гонад с другими группами: в группе с поражением гонад значимо повышена депрессия в периоде реконвалесценции (в периоде токсемии это повышение существует лишь как тенденция). Личностная тревожность значимо выше в периоде токсемии в группах обожженных с поражением лица и кистей (относительно группы обожженных с поражением гонад), в периоде реконвалесценции это положение вещей сохраняется и добавляются еще две группы обожженных с повышенной личностной тревожностью: обожженные с поражением туловища и обожженные с поражением других частей тела.

В заключение приводим сводную таблицу влияния локализации поражения на депрессию и тревожность обожженных в разных периодах ожоговой болезни.

Влияние локализации поражения на депрессию и тревожность обожженных в разных периодах ожоговой болезни

Период шока-начала токсемии (сравнение различных вариантов локализации)

| | Лицо Кисти | Лицо Гонады | Лицо Все остальн.(все части тела кроме ли- ца) | Лицо Туловище | Кисти Гонады | Кисти Все остальн. (все части тела кроме кистей) | Кисти Туловище | Гонады Все остальн. (все части тела кроме гонад). | Гонады Туловище | Все осталь- ное Туловище |
|-----------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|---|--------------------------------|--------------------------------|---|--------------------------------|---|--------------------------------|--------------------------------|
| Депрессия | Не значи- мые разли- чия | Не значи- мые разли- чия | Не значи- мые разли- чия | Не значи- мые разли- чия | Не значи- мые разли- чия | Не значи- мые разли- чия | Не значи- мые разли- чия | Тенденция к различию в уровне де- прессии В группе с поражением гонад де- прессия не- сколько вы- ше и состав- ляет 14 бал- лов в срав- нении с 11 баллами в группе с поражением других ча- стей тела (Тразд. = 1,72; знач.Р = 0,1; ст.св. =22). | Не значи- мые разли- чия | Не значи- мые разли- чия |
| Реактивная тревожность | Не значи- мые разли- чия | Не значи- мые разли- чия | Не значи- мые разли- чия | Не значи- мые разли- чия | Не значи- мые разли- чия | Не значи- мые разли- чия | Не значи- мые разли- чия | Не значи- мые разли- чия | Не значи- мые разли- чия | Не значи- мые разли- чия |

| | | | | | | | | | | |
|------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|--|----------------------|----------------------|----------------------|---|----------------------|----------------------|
| Личностная тревожность | Не значимые различия | Не значимые различия | Не значимые различия | Не значимые различия В группе обожженных с поражением лица личностная тревожность составляет 58,33 балла, а в группе обожженных с поражением туловища личностная тревожность составляет 45,91 балла Тразд. = 1,80, а знач.Р = 0,17 (ст.св.=3,1) и Тобщ. = 1,78, знач.Р = 0,1 (ст.св=13), | Не значимые различия | Не значимые различия | Не значимые различия | Значимые различия в группе с поражением гонад личностная тревожность выше и составляет 49 баллов, а в группе с поражением частей тела она значительно ниже и составляет 44 балла (Т разд. = 2,71; знач.Р = 0,01; ст.св. = 22). | Не значимые различия | Не значимые различия |
| | | | | Только тенденция | | | | Тенденция + значимые различия | | |

Период токсемии

| | Лицо Кисти | Лицо Гонады | Лицо Все остальн. | Лицо Туловище | Кисти Гонады | Кисти Все остальн. | Кисти Туловище | Гонады Все остальн. | Гонады Туловище | Все осталь- ное туловище |
|-----------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|---|----------------------|--------------------------------|
| Депрессия | Не значимые различия | Не значимые различия | Не значимые различия | Не значимые различия | Не значимые различия | Не значимые различия | Не значимые различия | Значимые различия значимые различия в группе с поражением гонад и группе с поражением других частей тела. Обожженные с поражением гонад имеют более высокую депрессию (10 баллов), нежели обожженные с поражением других частей тела (6 баллов) (Тразд. =3,02; знач. P=0,01; ст.св.=22), | Не значимые различия | Не значимые различия |

| | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|----------------------|--|---|--|--|----------------------|----------------------|--|--|----------------------|
| Реактивная тревожность | Не значимые различия | Не значимые различия | Не значимые различия | Не значимые различия | Не значимые различия | Не значимые различия | Не значимые различия | Значимые различия пониженные реактивную и личностную тревожность (38 и 41 балл соответственно), нежели обожженные с поражением других частей тела (41 и 45 баллов соответственно). Тразд.=-2,98; знач.Р=0,01; ст.св.=22. | Не значимые различия Реактивная (ситуативная) тревожность в группе с поражением гонад ниже (38 баллов), нежели группе с поражением туловища (44 балла). Тразд. = -1,92; знач. Р=0,08; ст.св.=11. | Не значимые различия |
| Личностная тревожность | Не значимые различия | Значимые различия высокая тенденция к повышению личностной тревожности для обожженных с поражением лица (среднее значение личностной тревожности 52 балла по сравнению с 41 баллом в группе с поражением | Не значимые различия Личностная тревожность у обожженных с поражением лица в средах равна 52 баллам, а личностная тревожность обожженных с ожогами других частей тела равна 45,43 балла. | Не значимые различия Личностная тревожность обожженных с ожогами туловища также имеет тенденцию к понижению (46,08 балла) относительно личностной тревожности обожженных с поражением лица. Тразд. = 1,6; | Значимые различия значимые различия в уровне личностной тревожности в группе с поражением кистей и в группе с поражением гонад. В группе с поражением кистей личностная тревожность является | Не значимые различия | Не значимые различия | Значимые различия | Не значимые различия Личностная тревожность также понижена: среднее значение 41 балл в группе с поражением гонад и 46,08 балла в группе с поражением туловища. Тразд.= -2,81; знач.Р = 0,02; ст.св.=11. | Не значимые различия |

| | | | | | | | | | | |
|--|-------------------------------|---|--|-------------------------|---|--|--|---|--|--|
| | | гонад. Тразд. = 3,42; знач.Р = 0,08; ст.св.=2). | Т разд. = 1,85; знач.Р = 0,16; ст.св. = 2,9. | знач.Р= 0,2; ст.св.=3,4 | значимо более высокой (49,09 балла), нежели в группе с поражением, (41 балл). Тразд. = 3,16, знач.Р=0,01; ст.св=10. | | | | | |
| | Высокая тенденция к различиям | Повышение личностной тревожности у обожженных с поражением лица | | | Повышение личностной тревожности у обожженных с поражением кистей в сравнении с поражением гонад | | | Реактивная и личностная тревожность обожженных с поражением гонад значимо выше нежели с поражением всего остального | Высокая тенденция различию реакт. и личн. тревожности обожженных с поражением гонад в сравнении с тревожностью(реакт. и личн.) обожженных с поражением туловища. | |

Период реконвалесценции

| | Лицо Кисти | Лицо Гонады | Лицо Все остальн. | Лицо Туловище | Кисти Гонады | Кисти Все остальн. | Кисти Туловище | Гонады Все остальн. | Гонады Туловище | Все остальное Туловище |
|------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---|-----------------------|----------------------|---|--|---------------------------|
| Депрессия | Не значимые различия | Не значимые различия | Не значимые различия | Не значимые различия | Значимые различия депрессия в группе обожженных с поражением гонад значимо выше, чем в группа с поражением кистей (среднее значение 10 баллов и 3,81 балл соответственно. Тразд. = -4,46; знач.Р = 0,0001; ст. св.=10). | Не значимые различия | Не значимые различия | Значимые различия значимые различия в уровне депрессии (депрессия у обожженных с поражением гонад значимо выше, чем у обожженных с поражением других частей тела: среднее значение депрессии 10 и 3 балла соответственно. Т разд.= 16,82; знач. Р = 0,01; ст.св. =22) | Не значимые различия тенденция к повышению уровня депрессии у обожженных с поражением гонад; среднее значение депрессии 10 баллов относительно 6 баллов у обожженных с поражением туловища. Тразд.=1,53; знач. Р = 0,15; ст.св. =11 | Не значимые различия |
| Реактивная тревожность | Не значимые различия | Не значимые различия | Не значимые различия | Не значимые различия | Не значимые различия | Не значимые различия | Не значимые различия | Не значимые различия | Не значимые различия | Не значимые различия |

| | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------|-----------------------------|---|-----------------------------|--|--|-----------------------------|-----------------------------|---|---|-----------------------------|
| <p>Личностная тревожность</p> | <p>Не значимые различия</p> | <p>Не значимые различия (среднее значение личностной тревожности 51 и 41 балл соответственно. Т разд.=3,11;зн ач.Р=0,09;ст. св.=2.)</p> | <p>Не значимые различия</p> | <p>Не значимые различия</p> | <p>Значимые различия : личностная тревожность у обожженных с поражением кистей выше, чем у обожженных с поражением гонад (47,81 к 41 балл соответственно, Тразд. = 2,31; знач.Р = 0,04; ст.св.=10).</p> | <p>Не значимые различия</p> | <p>Не значимые различия</p> | <p>Значимые различия личностная тревожность у обожженных с поражением гонад значимо ниже, чем у обожженных с поражением других частей тела (среднее значение личностной тревожности 41 и 44 балла соответственно; Т разд. = -2,3; знач.Р=0,03; ст.св. = 22</p> | <p>Значимые различия значимыми различия в уровне личностной тревожности; личностная тревожность у обожженных с поражением гонад значимо ниже, чем у обожженных с поражением туловища (среднее значение личностной тревожности 41 и 46,33 балла соответственно, Тразд, = -2,53; знач.Р = 0,03; с.св.=11).</p> | <p>Не значимые различия</p> |
| | | <p>Высокая тенденция к повышению личностной тревожности у обожженных с поражением лица в сравнении с обож-</p> | | <p>Депрессия обожженных с поражением кистей ниже, чем депрессия обожженных с поражением гонад.</p> | | | | <p>Депрессия обожженных с поражением гонад выше, чем депрессия у обожженных с поражением всего остального.</p> | <p>Личностная тревожность обожженных с поражением гонад ниже, чем личностная тревожность с поражением туловища</p> | |

| | | | | | | | | | | |
|--|--|----------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | женными с поражением гонад | | Личностная тревожность обожженных с поражением кистей выше, чем личностная тревожность обожженных с поражением гонад | | | | Личностная тревожность обожженных с поражением гонад ниже, чем личностная тревожность с поражением всего остального. | | |
|--|--|----------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|

Полученные результаты не подтвердили мнения Solnit A.J., Priel B., 1975, Гельфанда В.Б., Николаева Г.Н., 1980, 1982, 1990 и Минасенко Ю.И., 1964, указывавших на особую значимость ожогов лица и рук. Также не отмечено каких-либо значимых переживаний у женщин с ожогами груди. На такую значимость указывал Cahners S.S., 1992. В определенной степени наши результаты согласуются с мнением Cambell J.L. et al., 1987, указавшим на то, что возрастание баллов депрессии было значимо связано с ожогом ягодиц и/или гениталий.

8.10. ВЛИЯНИЕ ПРЕМОРБИДНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЛИЧНОСТИ НА ПЕРЕЖИВАНИЕ ОЖГОВОЙ ТРАВМЫ

В своем исследовании (Лафи С.Г., 1995) мы попытались также выяснить, как влияют преморбидные особенности личности на переживание ожоговой травмы. Под общим термином «преморбидные особенности» или «преморбидная психопатология» были объединены патопсихологические особенности, имевшиеся у пострадавших до получения травмы: в 18,8% (у 19 человек) наблюдался хронический алкоголизм, в 5,5% (у 6 человек) имели место психопатические и пограничные состояния, в 1,8% (у 2 человек) обожженных страдали шизофренией. Все данные были получены по результатам анамнеза, а в дальнейшем дополнительно уточнены совместно с врачом – психиатром.

Автором была высказана гипотеза об отличии ситуативной (реактивной) и личностной тревожности, а также уровня депрессии в группе обожженных с преморбидной психопатологией (хронический алкоголизм, психопатические нарушения, пограничные состояния, психические заболевания) от других обожженных, для проверки этой гипотезы были использованы статистический критерий Хи-квадрат (с построением двумерных таблиц сопряженности), а также Т-критерий Стьюдента. Статистические выкладки в тексте данной работы мы опускаем. Желающие могут ознакомиться с ними в оригинале нашей диссертационной работы (Лафи, 1995).

С помощью критерия Хи-квадрат нами показано, что значения ситуативной (реактивной) и личностной тревожности в обеих группах не имеют значимых различий во всех периодах ожоговой болезни (конец шока, начало токсемии, токсемия, реконвалесценция). Использование Т-критерия Стьюдента дало иные результаты.

С помощью Т-критерия Стьюдента показано, что в периоде конца шока – начале периода токсемии не наблюдаются значимые различия в уровнях депрессии и тревожности (ситуативной и личностной) в обеих группах испытуемых.

В периоде токсемии так же отсутствуют различия в уровне депрессии и реактивной тревожности. В уровне личностной тревожности наблюдается устойчивая значимая тенденция к понижению личностной тревожности (41,16 балла) в группе с преморбидной психопатологией по сравнению с группой без психологической отягощенности (среднее значение личностной тревожности 37,45 балла) (Тразд. =1,33; знач. $P=0,1$; Тобщая=2,07, знач. $P=0,04$. Приведены двусторонние уровни значимости).

В периоде реконвалесценции по-прежнему нет различий в уровне депрессии и реактивной тревожности. Сохраняется значимое различие в уровне личностной тревожности для обеих групп. В группе с преморбидной психопатологией уровень личностной тревожности, по-прежнему, значимо ниже (среднее значение личностной тревожности 40,50 балла), нежели в группе без психологической отягощенности (среднее значение 46,86 балла). (Тразд.= 2,21; знач. $p=0,06$; Тобщая =1,88; знач. $P = 0,07$).

Ниже приведена графическая иллюстрация полученных результатов.

Как влияют перенесенные ранее несчастные случаи на переживание ожоговой болезни? В нашей выборке у 77 обследуемых (72,9%) несчастный случай (ожог) имел место впервые на протяжении жизни. 28 человек (27,1%) в течение жизни уже подвергались несчастным случаям (ожог, удар током, аварии, катастрофы и т.п.). Нами была высказана гипотеза о различии переживания ожоговой болезни (т.е. различии в уровне депрессии, ситуативной (реактивной) и личностной тревожности) у обожженных с несчастными случаями в анамнезе и обожженных, не подвергавшихся ранее несчастным случаям. Гипотеза была проверена в разных периодах ожоговой болезни: в периоде конца шока – начале токсемии, токсемии, реконвалесценции. Для проверки гипотезы использовался Т-критерий Стьюдента.

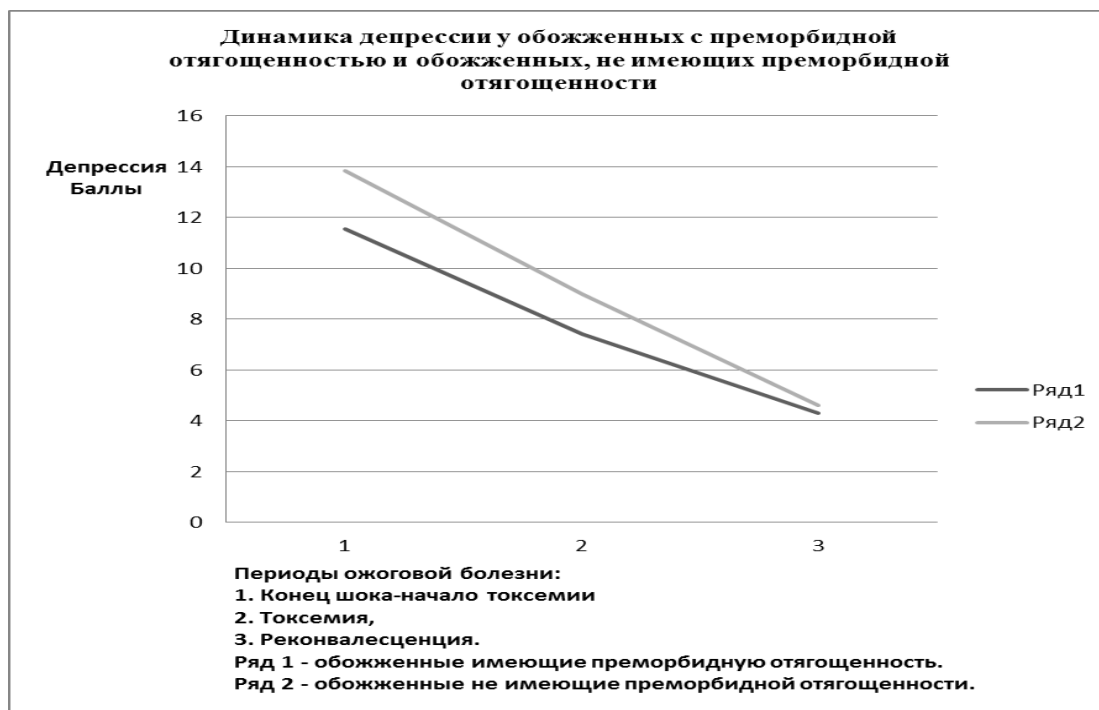


График 11. Исследование депрессии у обожженных, имеющих психологическую отягощенность (алкоголизм, пограничные состояния и другие) и обожженных, не имеющих психологической отягощенности

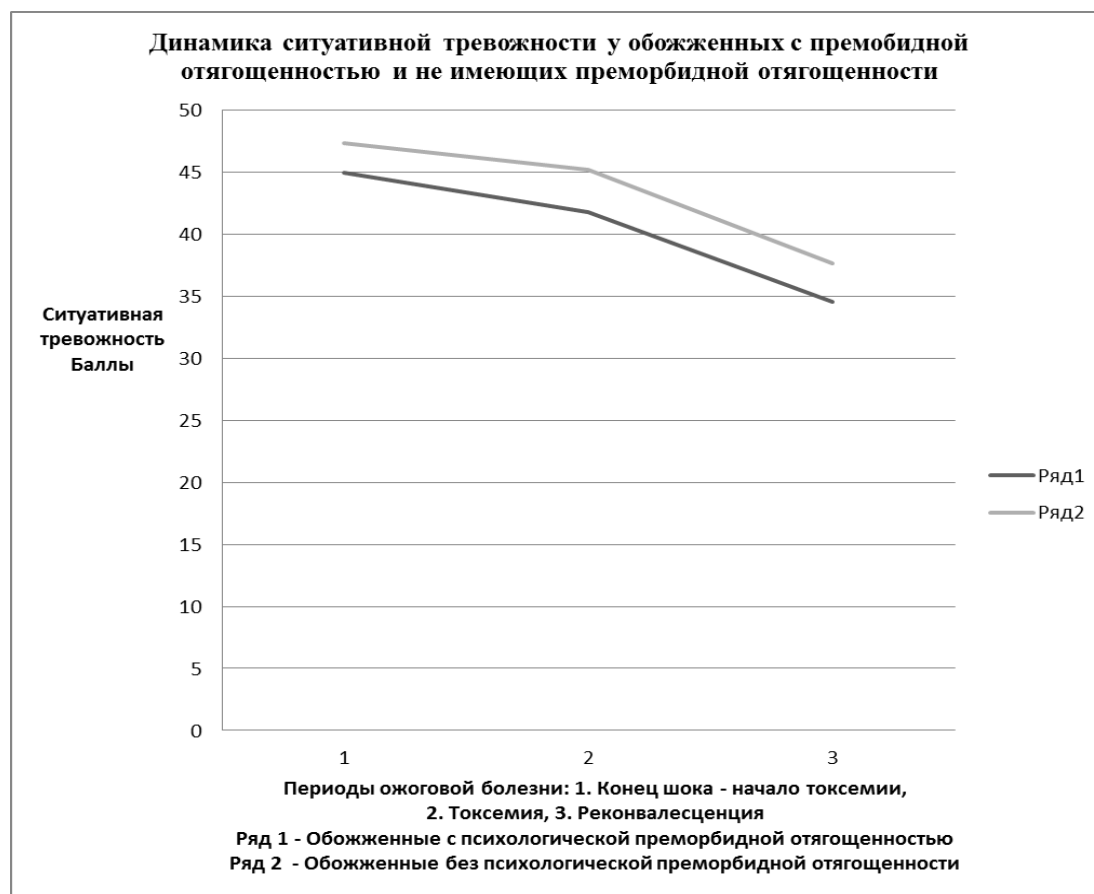


График 12. Исследование ситуативной тревожности у обожженных, имеющих психологическую отягощенность (алкоголизм, пограничные состояния и другие) и обожженных, не имеющих психологической отягощенности

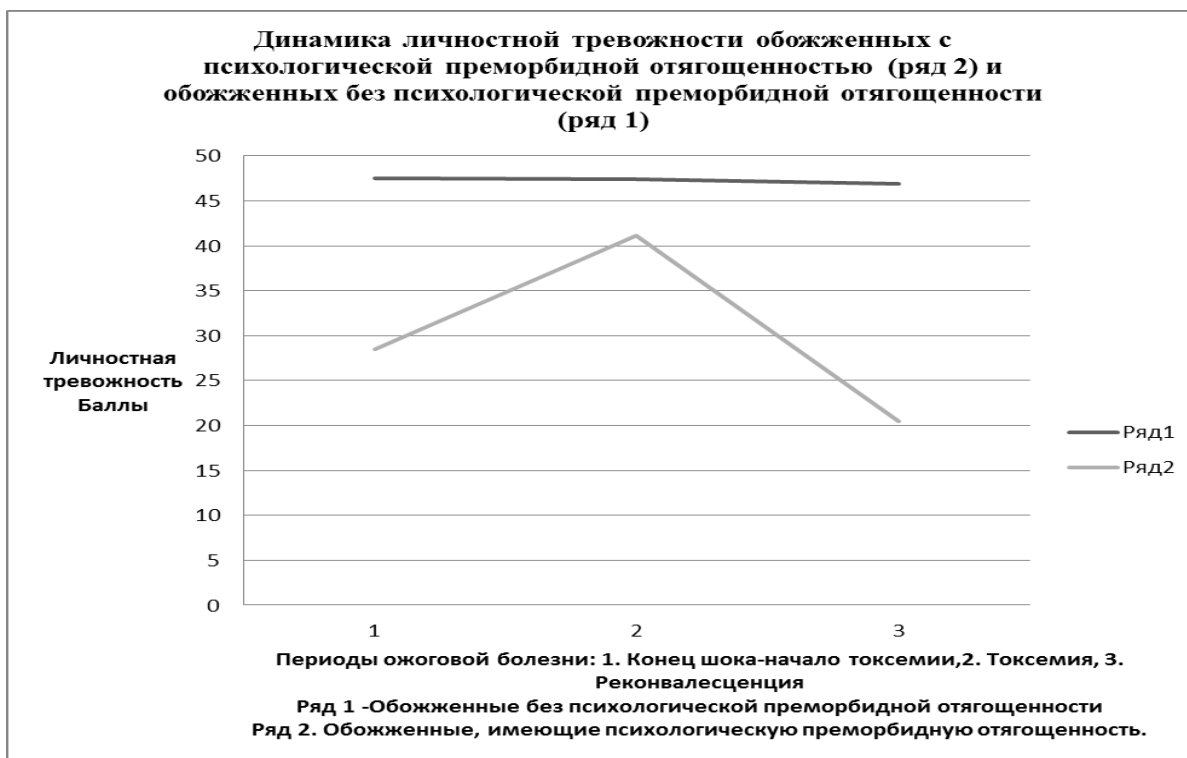


График 13. Исследование личностной тревожности у обожженных, имеющих психологическую отягощенность (алкоголизм, пограничные состояния и другие) и обожженных, не имеющих психологической отягощенности

8.11. ВЛИЯНИЕ ПЕРЕНЕСЕННЫХ РАНЕЕ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ НА ПЕРЕЖИВАНИЕ ОЖГОВОЙ БОЛЕЗНИ

Показано, что в периоде конца шока – начале токсемии имеется тенденции к различию в уровне депрессии: в группе обожженных, имевших несчастные случаи (среднее значение депрессии 16,57 балла) в сравнении с группой с отсутствием несчастных случаев (в последней группе среднее значение депрессии 11,04 балла) (T общая=-1,7; знач. $P=0,1$). Одновременно имеется тенденция к снижению личностной тревожности у обожженных, имевших несчастные случаи в анамнезе (средний уровень личностной тревожности равен 43 баллам) в сравнении с группой без несчастных случаев в анамнезе (среднее значение личностной тревожности в этой группе 48,41 балл) (T разд.=1,78; знач. $P=0,11$; T общая=1,68; знач. $P=0,1$. Уровни значимости двусторонние). Различия в уровне ситуативной тревожности были не значимыми.

В периоде токсемии продолжают сохраняться значимые различия в уровне личностной тревожности: у обожженных, подвергавшихся ранее несчастным случаям личностная тревожность была значимо ниже (среднее значение уровня личностной тревожности 41,42 балла), нежели у обожженных, не имевших в анамнезе несчастных случаев (среднее значение уровня личностной тревожности 47,55 балла) (T разд.= 2,18, знач. $P=0,06$; T общая = 2,16, знач. $P=0,04$. Уровни значимости двусторонние). Различия в уровне депрессии и ситуативной (реактивной) тревожности в периоде токсемии оказались не значимыми.

В периоде реконвалесценции продолжают сохраняться значимые различия в уровне личностной тревожности: в группе с несчастными случаями в анамнезе личностная тревожность (среднее значение 40,71 балла) значимо ниже, чем в группе без несчастных случаев в анамнезе (среднее значение 46,97 баллов). (T разд.=2,67; знач. $P=0,02$; T общая=1,98; знач. $P=0,05$). В периоде реконвалесценции появляется тенденция к повышению реактивной тревожности в группе обожженных с несчастными случаями в анамнезе (среднее значение реактивной тревожности 38,85 балла) в сравнении с группой, не имевшей несчастных случаев (среднее значение реактивной тревожности 34,25 балла) (T разд. = -1,75; знач. $P=0,1$). Различий в уровне депрессии между обеими группами в периоде реконвалесценции не обнаружено. В заключение приводим графическую иллюстрацию полученных результатов (см. график 11).

Итак, нами получен следующий важный факт: **обожженные с несчастными случаями в анамнезе на протяжении всего времени пребывания в клинике характеризуются значимо низкой личностной тревожностью. Мы знаем, что личностная тревожность – стойкое образование, мало и медленно меняющееся во времени. Вероятно, можно предположить, что и до ожога наши будущие пациенты отличались низкой личностной тревожностью. В связи с этим возникает важное в прикладном аспекте предположение, а не является ли низкая личностная тревожность характеристикой, предрасполагающей к выбору потенциально опасного, рискованного поведения, когда будущая жертва в силу низкой тревожности недооценивает грозящую опасность? Ответ на этот вопрос требует дальнейших исследований.**



График 14. Исследование депрессии у обожженных с несчастными случаями в анамнезе и без них

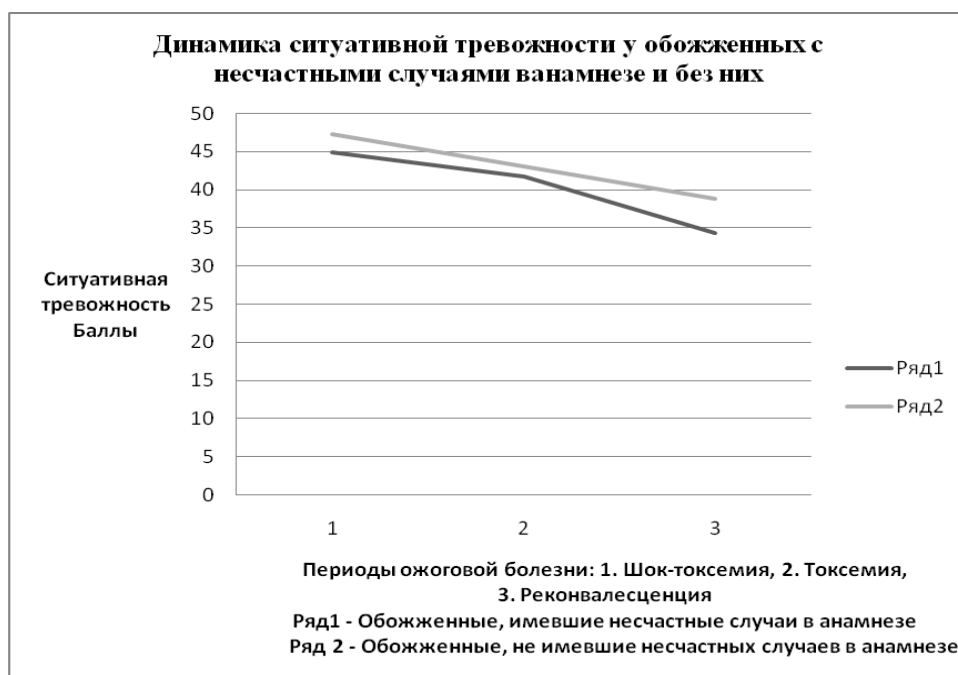


График 15. Исследование ситуативной тревожности у обожженных с несчастными случаями в анамнезе и без них

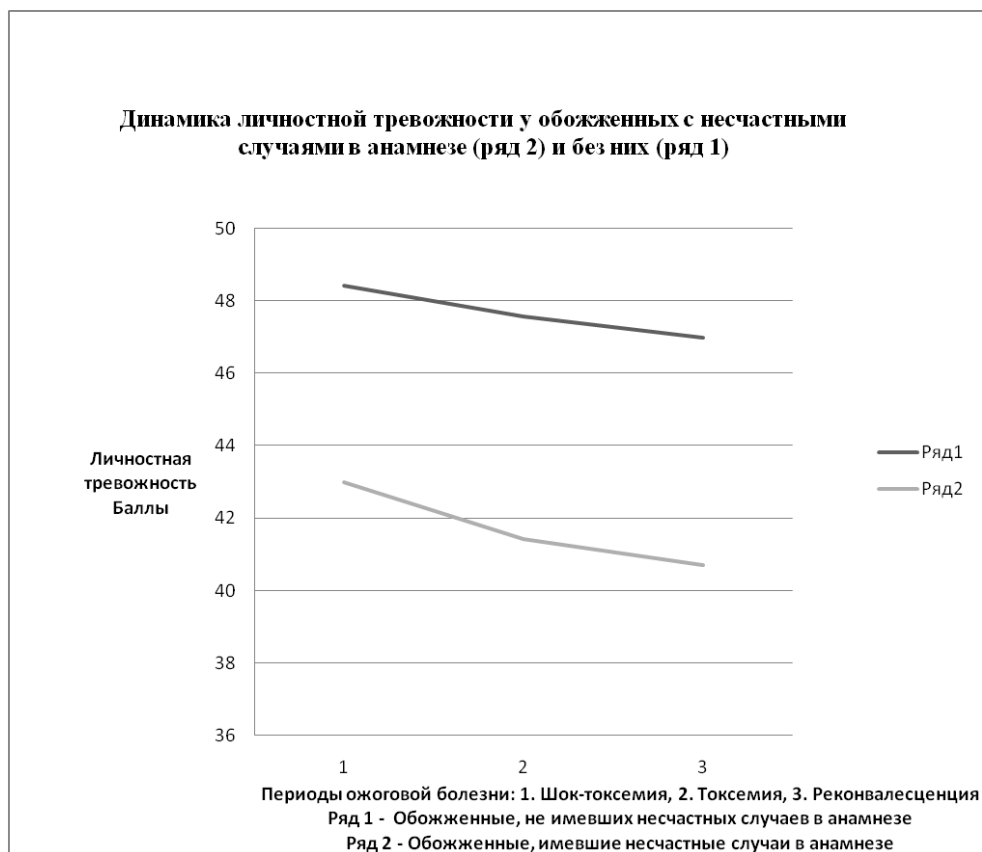


График 16. Исследование личностной тревожности у обожженных с несчастными случаями в анамнезе и без них

Был проведен также анализ зависимости между такими параметрами как уровень депрессии, уровень ситуативной и личностной тревожности и возраст на всех этапах пребывания обожженного в клинике (т.е. в периоде конца шока – начале токсемии, токсемии, реконвалесценции). На всех этапах обнаружена линейная зависимость между уровнем депрессии и уровнем реактивной (ситуативной) тревожности ($p=0,7845$). Другими словами, повышение депрессии влечет за собой повышение реактивной (ситуативной) тревожности и наоборот. Зависимости между уровнем депрессии и личностной тревожностью, возрастом и реактивной тревожностью, возрастом и личностной тревожностью не обнаружено. Другими словами, можно констатировать, что такие переменные, как ситуативная (реактивная) тревожность и депрессия являются зависимыми друг от друга, а такие переменные, как уровень депрессии и личностная тревожность, возраст и тревожность (любого вида) – не зависимы друг от друга). Все статистические выкладки имеются в оригинале нашего исследования (Лафи С.Г., 1995).

8.12. ПРОБЛЕМА «ПСИХИКА-КОЖА».

СПЕЦИФИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ У ОБОЖЖЕННЫХ

Любое тяжелое соматическое заболевание, особенно приобретающее затяжное течение, вносит существенные изменения в жизнь человека. Меняется вся структура деятельности человека, часто в силу тех или иных причин ставится под угрозу общение с окружающими людьми. Особенно это характерно для людей, перенесших ожоговую травму, сопровождающуюся неизгладимыми косметическими дефектами. Кожа является границей между человеком и окружающей средой. Кожа создает впечатление о человеке. Кожа действует на окружающих людей эстетически положительно или отрицательно (последнее при этом может субъективно преувеличиваться). Тем самым ожоговая травма, сопровождающаяся нарушением целостности кожного покрова, а в дальнейшем – его стойким обезображиванием, может стать фактором, затрудняющим контакты с окружающими людьми, фактором, способствующим возникновению дефицита в общении и, как следствие, формированию специфических личностных особенностей и неадаптивного поведения у обожженных.

Кожный дефект (да и любой дефект, в конечном случае) существует и как физиологический факт и как социальные последствия этого факта. Чувство или сознание малоценности, возникающее у человека вследствие дефекта, есть оценка своей социальной позиции. Поэтому судьбу личности в последнем счете решает не дефект сам по себе, а его социальные последствия, его социально-психологическая реализация. Тем самым дефект не ограничивается изолированным выпадением функции, а влечет за собой радикальную перестройку всей личности.

Ожоговая травма сама по себе является сильнейшим стрессором для организма: нарушается жизнедеятельность практически всех органов и тканей. Кратковременные стрессоры ожога (внезапность, вид горящего тела, непредсказуемость ситуации, болевые ощущения) быстро сменяются длительно действующими стрессорами: организму обожженных еще долгое время придется бороться с ожоговой болезнью, длительное нахождение в лечебном учреждении, куда допускается ограниченное число посетителей может быть сравнимо с ситуацией заключения и изоляции, которая, помимо всего прочего, ведет к состоянию усталости (духовной и физической).

Особенности динамики травматического стресса и, в дальнейшем, развития посттравматического стрессового расстройства у обожженных трудно сопоставимы с развитием подобных состояний у людей, получивших иной вид травмы, например в социальных катастрофах и военных. Это происходит потому, что ожоговая травма, в большинстве случаев, внезапна для человека. Ее последствия трудно прогнозируемы, т.к. личный опыт обожженных не содержит информации, помогающей ему выбрать оптимальный путь к выздоровлению. Личный уклад жизни меняется столь внезапно, что обожженному очень трудно адаптироваться к новой ситуации и, кроме того, он не знает как поступать, чтобы достичь максимального успеха.

Стрессор внезапности сменяется длительно действующими, постоянно подкрепляемыми извне и изнутри, другими стрессорами (разными на разных этапах ожоговой болезни), что ставит обожженного в ситуацию непрерывного, перманентного стресса.

8.13. ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССА ПРИ ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ

В основу теоретической модели травматического стресса при ожоговой болезни нами положено представление об «информационном банке стресса» (фиксированный в долговременной памяти, полученный в фило- и онтогенезе, опыт личности по преодолению стрессогенных ситуаций). В этом опыте можно выделить соматическое содержание (фиксированные физиологические реакции, возникающие в ответ на стрессор и имеющие вполне определенную динамику) и психологическое содержание (отражение в психике человека стрессогенных воздействий). Психологическое содержание опыта мы назовем психологической зоной информационного банка стресса и выделим в ней:

- 1) зону болезненных ощущений,
- 2) зону эмоциональных отношений,
- 3) интеллектуально-мотивационную зону и
- 4) социально-психологическую зону.

Первые три зоны описывают внутреннее психологическое содержание переживаний обожженного, а четвертая показывает реальные поступки, поведенческие реакции и особенности социальных контактов обожженного. Известно, например, что при одинаковой внутренней установке желая эмоционального тепла внешневыраженное поведение может быть различным: от активного притягивания окружающих до целенаправленного их избегания.

На формирование болезненных ощущений и эмоциональных отношений оказывают влияние непосредственные впечатления и переживания, вызванные стрессогенной ситуацией. Интеллектуально-мотивационная зона формируется на основе прежнего опыта стрессогенных ситуаций, информации, получаемой от окружения, когнитивной переработки болезненных ощущений и на основе сложившейся потребностно-мотивационной сферы личности. Большую роль играют концепции, привлекаемые личностью для описания и объяснения причин и механизмов испытываемого психологического дискомфорта (стресса). Внешневыраженный дефект кожной поверхности (ожог) имеет особую коммуникативную ценность, т.к. формирует самооценку и систему ожиданий определенной реакции на дефект. В связи с этим большую роль играют социальные связи, статус пострадавшего, его социальные навыки справляться с трудностями, навыки общения с другими людьми.

Надо отметить, что существование стресса связано с осознанной и неосознанной потребностью избавиться от него, ведет к формированию программ и целей личности, направленных на преодоление стресса. В связи с этим известную роль играют представления об ожидаемых результатах лечения.

8.14. ЭТАПЫ ТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССА ПРИ ОЖГОВОЙ БОЛЕЗНИ

В динамике травматического стресса при ожоговой болезни можно выделить несколько этапов:

Иницирующий этап. Ожог (собственно травма).

Происходит внезапно. Человек испытывает физический и психологический стресс. Все жизненные функции внезапно нарушаются. Фактором, предрасполагающим к ожогу, как мы показали ранее, являются преморбидные особенности (хронический алкоголизм, психические заболевания, несчастные случаи в анамнезе) сопровождающиеся сниженной личностной тревожностью. Возможно, сниженная личностная тревожность предрасполагает к неадаптивному поведению, к недоучету или игнорированию реальной опасности.

Нами были выделены две основные группы обожженных, отличавшихся либо усилением (первая группа), либо уменьшением (вторая группа) эмоционально-двигательной, поведенческой активности в момент получения ожога. Эти данные совпадают с имеющимися в литературе (Китаев-Смык Л.А., 1963). Активизация поведения при стрессе редко бывает адекватной решению задачи выхода из стрессогенной ситуации. Ускорение деятельности сопровождалось выпадением отдельных необходимых действий и возникновением ошибочных действий. Для обожженных, отнесенных ко второй группе, было характерно снижение эмоционально-двигательной активности и формирование пассивного эмоционально-двигательного реагирования. Активное и пассивное эмоционально-двигательное реагирование, возникшие во время получения ожога, можно назвать первичным и считать вслед за R.Konigova et al (1980), реализацией фило- или онтогенетически сформированной программы адапционных, защитных реакций, действий в ответ на экстремальное воздействие.

Послеожоговые этапы.

Нами выделено **четыре послеожоговых этапа**, в каждом из которых выделяются физический и психологический аспекты. Физические аспекты согласуются с клиническими названиями ожоговой болезни и в данной работе не рассматриваются. Психологические аспекты содержат в себе собственно психологическую картину травматического стресса при ожоговой болезни.

1 этап

| Физический аспект | Психологический аспект |
|--|---|
| Начальная (реанимационная) стадия | Непосредственная реакция – борьба за жизнь |

Ожоговая травма сама по себе представляет серьезную опасность для организма. Ожог сопровождается сепсисом, глубоким нарушением функционирования всех органов и тканей, что служит запускающим механизмом для разных видов вегетативной активности («обслуживающей», регулирующей и превентивно-защитной). Последней сопутствует гипертермия, активизация камбиальных тканей, изменение физиологических показателей. Эти аспекты травматического стресса широко представлены в медицинской литературе и в данной работе не обсуждаются. Собственно ожог вызывает либо пассивное поведенческое реагирование (первичное), которое сопровождается вегетативной защитной активностью в виде своеобразных пространственных иллюзий (рушащиеся стены, потолки, потеря веса тела), либо стрессовую активизацию поведения.

Зона болезненных ощущений складывается из комплекса обусловленных ожоговой травмой ощущений состояния организма, эмоциональной насыщенности болезненных ощущений, собственных эмоциональных реакций на возможные последствия травмы. На первом послеожоговом этапе особенно сильно страдает сенсорный синтез: в связи с резким изменением характера афферентной импульсации от кожи любое раздражение начинает восприниматься как болевое. Боль при ожогах не связана с площадью обожженной поверхности и имеет, по-видимому, во многом эмоциональное, а не физическое происхождение.

Зона эмоциональных отношений.

Многочисленные физические проблемы происходят не столько из-за очевидного уродства и обезображивания (дефект еще не осознается), сколько из-за угрозы длительной разлуки с близкими людьми, потерей прежнего здорового состояния и потерей чувства защищенности, что проявляется в высоких уровнях депрессии и тревожности. Наши наблюдения показали, что у обожженных в периоде шока – начале токсемии могут иметь место либо неврастенические расстройства (47,3%) (раздражительность, истощаемость, заторможенность, нарушения засыпания и т.д.), что сопровождается снижением реактивной тревожности относительно личностной тревожности, либо аффективные расстройства (52,7%) (тревога, снижение настроения, страх, эмоциональная лабильность и др.), что сопровождается повышением реактивной тревожности относительно личностной тревожности. Характер эмоционального реагирования на ожог имеет два варианта: активный и пассивный, представляю-

щие реализацию фило- или онтогенетически сформированной программы адаптационных, защитных реакций в ответ на экстремальное воздействие, каким является ожог.

Среди **защитных механизмов** преобладает отрицание реальных фактов (анозогнозия), сжатие (подавление всех эмоциональных реакций, больной находится в глубокой апатии), переработка (постоянное напряженное продумывание обстоятельств ожога), регрессия (возвращение к ранним формам реагирования).

Как уже было отмечено, для картины шока характерно непонимание больными тяжести своего состояния (анозогнозия), апатия и субпсихотические состояния. Эти данные совпадают с данными Weidenfeld St., 1902, Волошина П.В., 1972, Andreasen et. al., 1972, Богаченко В.П. и др. авторов. Что касается патогенеза этих состояний, то большинство авторов (Allgoewer M., Siegrist J., 1957; Львовский А.М., 1963; Гельфанд В.Б., Николаев Г.В., 1980, 1983) патогенетическую основу возникающих нарушений находят в различных нарушениях нервной системы.

На наш взгляд, анозогнозия, характерная для периода шока, может быть следствием реакции испуга (E.Bleuler, M.Bleuler, 1983; K.Schneider), для которой также характерно оцепенение: разной степени нарушения сознания и нарушения внимания.

Вклад психогенных факторов в формирование апатии подтверждается эффектом, производимым психологическим консультированием (коррекция когнитивных ошибок), апатия сменялась тревогой или депрессией. Такая резкая смена указывала на то, что эмоциональные переживания уже присутствовали в скрытом, неявном виде в периоде ожогового шока. Нужно согласиться со многими авторами (Hamburg D.A. et al, 1953; Andreasen N.I. C., 1971; Noes R. et. al, 1979; Качалов П.В., 1990) в том, что анозогнозия является в значительной мере механизмом психологической защиты, смягчающей восприятие невыносимых стимулов.

Интеллектуально-мотивационная зона

Эта зона включает в себя особенности восприятия своей болезни, логические оценки ее характера, причин и последствий, изменения самооценки, обусловленные осознанием травмы, наличие или отсутствие коррекции планов на будущее с учетом факта болезни. На первом этапе многие больные оптимистично прогнозируют ситуацию, часто неадекватно оценивают длительность предстоящего лечения, совсем не осознают тяжести своего дефекта и тем более его социальных последствий. Основной доминирующий мотив у обожженных – выжить.

Высокозначимой для большинства пациентов является вся информация, связанная с лечением. Однако врачи и обслуживающий медицинский персонал не склонны к детальному объяснению проводимых процедур. Поэтому нередко такие болезненные манипуляции, как трансплантация кожи, перевязки – больные расценивают как «варварские». Обожженным не понятен смысл пребывания на кровати с воздушной подушкой, многочисленные трансфузии и т.п. Все это порождает страх и тревогу, является источником стресса.

Социально-психологическая зона проявляется в усилении субъективной значимости окружения. У части пациентов наблюдается зависимая позиция по отношению к окружению (экстерналы), у части – отрицающая, не приемлющая никаких ограничений, кроме собственного (интерналы). Отличительной чертой общения на этом этапе является выраженная внешняя а-эмоциональность обожженных.

2 этап

| | |
|------------------------|--|
| Заживление раны | Фаза стабилизации и выздоровления |
|------------------------|--|

Общая характеристика этого этапа: длительность действия ожоговой травмы, служащей долговременным стрессором, вызывает вторичное пассивное поведенческое реагирование у большинства обожженных. Вероятно, это связано с неосознаваемо накапливаемой информацией о неэффективности использования активного поведенческого реагирования.

Выраженная интоксикация усугубляет течение болезни.

Депрессия и тревожность сохраняются и даже усиливаются. Появляется гнев, агрессивность по отношению к персоналу, недовольство долгим пребыванием в стационаре. Чувство безысходности сменяется уверенностью в благоприятном исходе заболевания. Постепенно обожженный начинает справляться с болевыми и моральными потрясениями и начинает более активно контактировать с соседями по палате.

Зона болезненных ощущений.

Боли в ранах продолжают беспокоить обожженных. Но нередко боль имеет эмоциональную окраску, усиливаясь в ожидании болезненных перевязок и манипуляций. (О некоторых механизмах развития боли у обожженных будет сказано ниже.)

Зона эмоциональных отношений.

Несмотря на переживание боли, обожженные уже могут переключить свое внимание на внешний мир. Наступает осознание дефекта, сопровождаемое выраженными эмоциональными реакциями, поднятием реактивной тревожности и /или началом функционирования психологических защит. Среди защит, кроме перечисленных на первом этапе, появляется рационализация, проекция (обожженный отмечает, что в палате кроме него есть люди в более тяжелом состоянии, отреагирование (стремление облегчить свои страдания выражением неадекватной злобы и раздражения). Субъективно обожженные переживают полное отсутствие поддержки и непонимание их окружающими. Возникают две тенденции реализации:

1) стресс, приводящий к чрезмерному возбуждению и тревоге;

2) стремление разрешить ситуацию собственными силами, «встать» над ситуацией. Проявляется большая индивидуальная специфичность в характере эмоционального реагирования.

Интеллектуально-мотивационная зона

Обожженные более реально оценивают перспективы своего выздоровления и будущего. У них начинает формироваться более адекватное отношение к травме, ее тяжести и длительности лечения. У многих обожженных продолжают существовать искаженные представления о проводимом лечении (непонимание необходимости перевязок, повторных операций и т.д., что, в свою очередь, порождает тревогу и страх. Довольно отчетливо на этом этапе проявляются три варианта отношения к болезни:

– адекватное отношение (полное отражение заболевания на когнитивном уровне, которое соответствует реальным проявлениям болезни и адекватным по силе и направленности эмоциональным реакциям, вызванными осознанием ожогового дефекта) характерно для 7,35% обожженных (7 человек);

– обостренное отношение (полное или гипертрофированное отражение проявлений болезни на когнитивном уровне в сочетании с неадекватно усиленными эмоциональными реакциями на ожог) характерно для 27,3% обожженных (26 человек);

– обедненное отношение (неполное отражение проявлений заболевания на когнитивном уровне при достаточно полном осознании болезни) характерно для 1,05% обожженных (1 человек).

Последние два варианта связаны, на наш взгляд, с различным характером активизации мышления. У обожженных в этом периоде в 25% случаев (у 23 человек) имели навязчивые мысли, образы, мнительность, настороженность (гиперактивизация мышления), в 3,1% случаев (у 4 человек) – «уход» в мысли о прошлом или будущем, уменьшение активности мышления, амнестические состояния («уход» от решения стрессогенных проблем).

Мы заметили (что нашло также косвенное отражение в результатах психодиагностических методик), что в течение первых 10-14 дней после ожога пострадавший болезненно неспособен отказать от прежнего образа «Я» и его восприятие неадекватно. Обожженный «как бы» не замечает факта травмы, игнорирует действительность. На наш взгляд, этот психологический механизм несет адаптивную функцию, помогая обожженному по возможности безболезненно принять ужас свершившегося. На втором этапе появляется осознание дефекта и вынужденный отказ от прежнего образа «Я». Мы уже сказали, что это сопровождается эмоциональными реакциями у обожженных («Когда не знал, выживу или нет, легче было: не думал о будущем. А как стало ясно, что выживу, – тяжелее стало морально».)

Самое характерное переживание при ожоговой болезни – нарушение привычного образа тела (своего внешнего вида, являющегося элементом «внешнего образа я»). При ожоге происходит нарушение не только сенсорного синтеза, но и нарушается инструментальная функция (биологически необходимые действия затрудняются, а социально-адаптивные становятся вовсе невозможными). Кроме того, образ тела является средством самовыражения, но в этой функции он несостоятелен на данном этапе. Решающее значение для «нового» самовосприятия приобретает общение и получаемая реальная связь от ближайшего социального окружения (врачи, медперсонал, ухаживающие родственники, соседи по палате).

Социально-психологическая зона

Мы уже упомянули о том, что психологическая реакция обожженного на травму осуществляется с учетом реагирования окружающих в ситуации коммуникации. На втором этапе уже преобладает «живая» коммуникация.

Происходит верифицирование результатов первого этапа: субъективных образов, оценок, соответствующих им установок. Между врачом и больными могут установиться харизматические отношения при скрыто-агрессивном отношении обожженного к обслуживающему персоналу. Первое

реальное принятие обезображивающего дефекта происходит в ситуации общения с посещающими родственниками и при контактах с отдаленным окружением (товарищи по работе, случайные посетители в клинике и др.). В постепенном отказе от прежнего образа «Я» (касающегося первоначально представлений о внешнем облике) есть элемент адекватного самовосприятия, но одновременно с этим появляется реальная угроза психологической травматизации.

3 этап

| | |
|--|---|
| Практически полное физическое выздоровление | Фаза реабилитации Реабилитация социальной роли |
|--|---|

Если обожженный на предыдущем этапе не выбрал (сознательно или бессознательно) адекватный и адаптивный путь реагирования на свой дефект, то систематическая фрустрация активного поведенческого реагирования приводит к истощению адаптационных резервов и, как следствие, к трудностям адаптации в периоде реконвалесценции после выписки из клиники. Другим возможным исходом является «самоуничтожение» обожженных, происходящее вследствие неуспешности их адаптации к требованиям среды и проявляющиеся либо в суицидальных попытках (две в нашем исследовании, одна из них – реализованная по выходе из стационара), либо в появляющемся риске развития психосоматических заболеваний.

Зона болезненных ощущений. Болезненные ощущения на этом этапе минимальны. Возникновение боли обычно обусловлено эмоциональными причинами.

Зона эмоциональных отношений

На этом этапе укрепляются идеи о возможности выздоровления и восстановления функций организма (как телесных, так и социальных). Реактивная и личностная тревожность достигают нормальных значений. Осознание дефекта сопровождается дальнейшим функционированием психологических защит и ригидных мотивов. Субъективное переживание полного отсутствия поддержки и понимания является сквозным симптомом, характерным для большинства обожженных. В ряде случаев наблюдается выраженная пассивность, спонтанность, безразличие обожженных к происходящему, свидетельствующее об истощении их психологических ресурсов. Психологически в этой стадии почти все больные испытывают значительное облегчение от страданий периода токсемии, но еще по-настоящему не сталкиваются с трудностями адаптации в большом мире. Среди психологических защит следует отметить уход в фантазии (позволяет удерживать дистресс в терпимых пределах, но ставит под сомнение успешность адаптации в будущем, что характерно для 33% (25 человек) обожженных).

Интеллектуально-мотивационная зона

Обожженный начинает часто задумываться о будущем, активно интересуется любой информацией о своем заболевании, у него появляется обеспокоенность по поводу дальнейшей профессиональной и семейной жизни.

В литературе (West, 1982) имеются указания на то, что послеожоговые косметические дефекты и их психогенные последствия при неблагоприятных социально-психологических условиях могут являться причиной генезиса неврозов. По нашим данным, пограничные состояния (диагностика проводилась совместно с врачом-психиатром, консультировавшим в ожоговом центре) в «остром» этапе течения ожоговой болезни развивались у 11% обожженных. Эти состояния требовали медикаментозного лечения. West (1982) указывает иную цифру: психиатрическое исследование больных с тяжелыми ожоговыми повреждениями показало наличие психологических последствий в 2/3 случаев. Причем в 1/3 случаев наблюдались относительно тяжелые и тяжелые последствия.

На наш взгляд, предпосылкой для формирования психических расстройств служит развитие неправильных доминирующих мотивов у обожженных. Прежде всего в сфере коммуникации: мотива «ухода в болезнь» и установки на сохранение старых, неадаптивных способов поведения.

«Уход в болезнь» – это подавление идеала здоровья, что в определенной жизненной ситуации является адаптивной реакцией. Несмотря на то, что этот путь для обожженных является неэффективным, он встречается часто – в виде отказа от всех контактов (субъективная изоляция), низкой самооценки и т.д. надо отметить, что в случае анозогнозии может формироваться противоположная картина: образ здоровья становится жестким стереотипом, а динамический образ ожогового дефекта либо вовсе не формируется, либо деструктурируется. У обожженных этот тип встречается крайне редко в силу специфики дефектов ожоговой травмы – их особой коммуникативной ценности).

Со стороны обожженного коммуникативная значимость травмы может выступать 1) в виде изменения самооценки (которая, как мы считаем, проявляется в отдаленном периоде ожоговой болезни, спустя месяцы и годы) и 2) в виде ожидания определенной реакции на дефект. Это ожидание базиру-

ется на индивидуальном опыте человека и является культурно детерминированным. У большинства ожоговых пациентов эти ожидания сходны (различия только в степени выраженности): ожидание или боязнь отрицательной реакции со стороны окружающих на кожный дефект (отвращение, смех), во всяком случае, коммуникативный барьер (пристальный внимание). (Только в случае анозогнозии этого не происходит, ибо дефект как бы не замечается самим человеком, и окружающие (в представлении больного) не должны его замечать. Но как раз в этом состоит, вероятно, явная неадаптивность анозогнозии в долгосрочной перспективе, поскольку позиция игнорирования дефекта со стороны обожженного может повлечь за собой конфликт с реальностью – поведением окружающих, которые, как правило, не игнорируют дефект.

Установка на сохранение старых, неадаптивных способов поведения ведет к тому, что обожженный репродуцирует постоянно определенные знания о самом себе, но не имеет возможности рефлексии, контроля самого себя. Процесс самопознания затруднен, искажается концепция «Я», а в дальнейшем, и самооценка обожженного. Эти вопросы, впрочем, требуют отдельного изучения.

Остановимся только на некоторых механизмах развития таких ригидных доминирующих мотивов.

1. Одним из возможных механизмов, на наш взгляд, является сужение полей действия, полей коммуникации. С назойливыми, любопытными лицами пострадавший не хочет общаться, а часть людей избегает общения с ним. Поэтому круг общения обожженных может значительно сузиться, а это, в свою очередь, приводит к замкнутости, аутизму и агрессивности в поведении по отношению к окружающим. Такой мотив будет определять дальнейшее развитие личности обожженного и жизненные перспективы, т.к. выступает решающей детерминантой в создании личностно-релевантного окружения. Итак, через соответствующее развитие мотивов, через малую подвижность и открытость в отношении к новым знаниям и через малую готовность к риску (либо, склонностью к неадекватному риску) личность сама производит то окружение, которое усиливает ограничение. Таким образом, социальная среда, которая содействует развитию психических расстройств обожженного всегда является отчасти продуктом самого субъекта. Тем самым субъект сам создает такие отношения к окружающему миру, которые объективно ограничивают развитие его личности.

2. «симптоматическая переработка ориентировочных кризисов». Этот механизм имеет место в том случае, когда формируются определенные действия и привычки, которые выполняют задачу охранить собственную личность от проблематичных впечатлений или обеспечить то, что личность всегда в состоянии получить субъективно необходимые знания. На «остром» этапе ожоговой болезни сужение полей действия, полей коммуникации присутствует, но – вынужденное, обусловленное тяжелым состоянием больного. Больной контактирует не только с родственниками, лечащим персоналом, соседями по палате. Социальное окружение здесь таково, что пациент не встречается с реакцией окружающих, которая травмировала бы его психику. Все пациенты имеют ожоги, усилия врачей и родственников направлены на оптимизацию состояния больного. Поэтому истинное сужение полей коммуникации начинается лишь с момента выписки больного из больницы.

Механизм «симптоматической переработки ориентировочных кризисов» начинает функционировать практически сразу после выхода больного из шокового состояния. В основе своей он имеет формирование психологических защит, о которых мы уже говорили ранее.

Итак, в двух рассмотренных случаях психические (невротические) расстройства являются приобретенными, усвоенными, т.е. реактивными. Сначала они имеют форму практической деятельности, внешнего взаимодействия индивида с окружающим миром. Они становятся психическими структурами только тогда, когда определенная практическая ситуация, а именно ситуация коммуникативного барьера, все время повторяется. Изменения внешности человека, связанные с утратой эстетической привлекательности, приводят к ломке стереотипных форм поведения и глубоким психологическим перестройкам личности. Помимо специфических нарушений косметические дефекты вызывают и некоторые психологические отклонения, свойственные людям с физическими нарушениями.

На степень выраженности личностных расстройств также влияет реакция окружающей среды, конкретные требования окружающих. Это определяет степень фрустрации в связи с невозможностью больного выполнить их, либо адекватно на них ответить.

Таким образом, мы делаем предварительный вывод о том, что личностные особенности выражены по-разному у различных больных в зависимости от того, насколько сильно затруднения коммуникации задевают личностно-значимые стороны деятельности человека. Этот вывод требует более тщательного эмпирического обоснования в исследованиях, посвященных отдаленным последствиям ожоговой травмы.

Анализ переживаний обожженных в остром этапе ожоговой болезни показывает, что источником тревожных опасений служат когнитивные ошибки больных. Вслед за А.Т. Веck (1976), и П.В. Качаловым (1989) мы называем эти ошибки чрезмерным обобщением (когда обожженный заявляет: «все пропало, я никогда не справлюсь со своей болезнью»), избирательным невниманием (когда больной акцентирует свое внимание на неудачах и не замечает успехов в выздоровлении), неспособностью взглянуть на себя со стороны (когда больной «требует» от себя стоического поведения, в то время как другие обожженные не обязаны проявлять подобный стоицизм), «черно-белые» суждения («все или ничего», «хорошо или плохо»). Выделение или выявление этих ошибок имеет ценность в практическом плане: в организации системы психокоррекционных воздействий.

На этом этапе по-прежнему сохраняется три варианта отношения к ожоговой травме: адекватное, обостренное и обедненное. Продолжает формироваться «ожидаемая» от окружающих обратная связь о своем облике, с которой пациент выходит из клиники.

Социально-психологическая зона.

В фазе реабилитации связывается воедино социальная ситуация развития личности, сложившаяся в результате заболевания и позиция обожженного по отношению к ней. О механизмах развития мотивов у обожженных и их влиянии на общение с окружающими, уже упоминалось. Обожженный пытается реализовать свою социальную роль в отношениях с другими обожженными и со здоровыми людьми в больнице. При выписке пациент испытывает противоречивые чувства, особенно при контакте с посторонними людьми. С одной стороны, пациенту хочется покинуть стационар, где он так много страдал и мучился, а с другой стороны, привычная обстановка, в которую он возвращается (но с совершенно обезображенным телом) – страшит его. Начинает формироваться «ожидаемая» от окружающих обратная связь о своем облике, с которой пациент выходит из клиники.

4 этап. Новая социальная роль.

В первое время после ожога у пациента складывается ситуативный образ «Я», который характеризуется определенным отношением к своему дефекту, самооценкой и т.д. Окружающие также приписывают обожженному определенные качества и свойства, и во всяком случае ведут себя вполне определенным образом по отношению к обожженному: 1) они либо игнорируют (нередко демонстративно) существование дефекта, 2) могут (редко) использовать дефект в качестве упрека или укора, 3) пристально разглядывают обожженного. Возможно, что обожженный рационализирует такое отношение и вырабатывает адекватные установки, направленные на преодоление коммуникативных трудностей, но если это не удастся, то субъективные представления о мнениях окружающих (несомненно, имеющие объективную почву), становятся основой или существенной частью устойчивой концепции «Я». Чрезвычайно опасно для развития личности, когда обожженный соглашается с отведенной ему в коллективе или обществе позицией неполноценного, второсортного, если он этому не сопротивляется, если эта позиция оказывается для него приемлемой, привычной. Специфика ожоговой болезни (и ее последствий) состоит в том, что здесь нельзя отделить заболевание (дефект внешности) от «Я», проявления болезни не поддаются изоляции и они тесно переплетены с социальными взаимосвязями.

Обожженный после выхода из стационара сталкивается с неожиданными ситуациями, в центре которых стоит он сам, его обезображенная внешность (нередко приобретенная инвалидность вследствие травмы). Эти ситуации окрашены субъективно-отрицательно и несут в себе зародыш хронической психической травмы, а, нередко, и психогенного заболевания. Отсюда понятно, насколько ценно в практическом плане целенаправленное формирование адекватного отношения к болезни на ранних этапах, позволяющего успешно адаптироваться к жизненным ситуациям любой трудности после выхода из больницы.

8.15. Источники стресса в разных периодах ожоговой болезни и их дальнейшая динамика

Анализируя источники стресса при ожоговой болезни, видим, что основными источниками стресса в первом периоде (периоде шока – токсемии) является боль, в дальнейшем присоединяется страх перед перевязками, отвращение к своему телу, стыд (из-за необходимости лежать обнаженным и на глазах окружающих отправлять физиологические потребности), беспомощность, ощущение эмоциональной оторванности от окружающих, пустота, одиночество, вынужденная ограниченность движений, напряженное настороженное ожидание из-за отсутствия информации о ходе лечения, о целесообразности назначения процедур и т.д. (Все вышеперечисленные образования затрагивают, в основном, лишь эмоциональную и когнитивную сферы личности). Депрессия и тревога

появляются вторично, как результат осмысления и осознания травмирующих факторов и невозможности смириться с ними. Депрессия и тревога постоянно «подкрепляются», причем «подкрепление» может иметь разные источники в разных периодах ожоговой болезни (в периоде шока – токсемии – это боль, а в периоде реконвалесценции – страх перед выпиской из клиники и боязнь социальных контактов), **что делает стресс перманентным, постоянно обновляющимся и затрагивающим разные личностные структуры.**

Представляется интересным проанализировать некоторые аспекты развития боли, на которые мы обратили внимание в нашем исследовании. Мы согласны с мнением Левитова Н.Д. (1965), что «боль нельзя свести к одному свойству ощущения, которое может определяться определенным раздражителем... Боль, как зрение и слух, является сложным восприятием. Однако множество разных причин, вызывающих боль, препятствует тому, чтобы определить особый род внешней энергии в качестве стимула для боли, подобно тому, как свет является адекватным стимулом для зрения, а звуковые волны для слуха. Слово «боль» включает категорию переживаний, отражающих множество уникальных событий с разными причинами и характеризующихся различными свойствами сенсорного и аффективного характера». Боль связана с чувствительностью, но имеет также эмоциональные и мотивационные качества. Общепринято считать, что появление боли сигнализирует о неблагополучии в организме. Однако у обожженных с большой площадью обожженной поверхности и глубоким ожогом боль может отсутствовать (клиницисты объясняют это повреждением кожных рецепторов, ответственных за болевые ощущения) и может наблюдаться очень сильная, нестерпимая боль при довольно малой площади поражения. Наши собственные наблюдения также показывают, что боль у обожженных не всегда зависит от величины повреждения. Сила и качество боли, скорее всего, определяются прежним опытом личности, способностью обожженного вспомнить этот прежний опыт, понять причину боли и оценить ее последствия. То, что требуется обожженному в первую очередь, это сочувствие. Неосознаваемо обожженный реконструирует и воплощает в жизнь тот тип поведения и эмоционального реагирования, который вызывает сочувствие. Это могут быть стоны, слезы, крики, укоры в адрес окружающих и медперсонала, негативизм, – весь спектр действий, так или иначе привлекающих внимание к обожженному. «Стоицизм» не выходит за рамки описываемых явлений, поскольку является оборотной стороной медали, вызывая восхищение и уважение (внимание) со стороны окружающих. Большое значение имеет, на наш взгляд, влияние культуры, религиозности на восприятие боли. Верующий обожженный (таких в нашем исследовании было 7 человек) легче переносит боль и философски-покорно относится к своей участи, объясняя все «Божьей волей». В редуцированных случаях можно было слышать высказывания о неотвратимости предопределения и судьбы. Не всегда эти высказывания можно было расценить как искренние, но если они, действительно, были внутренним убеждением – боль переносилась обожженными субъективно легче. Очень сильно влияет на возникновение боли страх. Так, страх перед перевязками порождал субъективное ощущение боли в ранах еще до начала болезненных манипуляций. По-видимому, пристальное внимание и раздражение раневой поверхности увеличивает силу боли (вообще, в периоде шока – начала токсемии для большинства обожженных характерна выраженная восприимчивость к внешним раздражителям. Этот феномен с успехом использовался в приемах когнитивной психотерапии: обожженных обучали технике сосредоточения внимания на посторонних раздражителях (счет) или технике переключения внимания (например, с ощущения боли на ощущение тепла или прохлады в ране, что значительно облегчало состояние обожженных. По-видимому, следует согласиться с распространенной точкой зрения (см. отдельную главу в данной монографии), что боль при ожогах имеет, в основном, эмоциональное происхождение.

Регулярно повторявшиеся отрицательные воздействия, субъективно воспринимаемые обожженными как источник угрозы – формируют у них направленность на поиск и ожидание негативных факторов, которые ответственны за эти воздействия. Такие переживания возникают в периоде токсемии и тесно связаны с начинающимся осознанием дефекта. Помимо вышперечисленных источников стресса большую роль приобретают рассогласование между житейскими представлениями о лечении в больнице и реально получаемым опытом лечения в ожоговом центре, недостаток информированности, неудовлетворенность результатами первых дней пребывания в клинике. Определенную роль играют внешневыраженные обезображивающие последствия ожоговой болезни (например, ампутация конечностей). Таким образом, на этом этапе большую роль играет когнитивная переработка впечатлений и эмоциональных переживаний. Появление тревоги отражает динамику осознания заболевания. Тревожность начинает формироваться как черта личности. Сущ-

ность этого явления состоит в навязчивой тенденции контролировать всю ситуацию в целях выделения «болевых точек», которые могут нести опасность и порождать напряженность.

Одной из базовых функциональных характеристик состояния тревоги является предвосхищение того или иного вида опасности и сигнализация об этом человеку. Информировав о неопределенной опасности, состояние тревоги побуждает к поиску и конкретизации источника угрозы. С содержательной стороны это характеризуется фиксацией осознания на «стрессовых элементах ситуации», способствующей дезорганизации оптимально «выгодного» поведения в ситуации ожоговой болезни. Психологическим механизмом фиксации на стрессовых элементах ситуации является трансформация мотивационной структуры личности. Следствием трансформации мотивационной структуры личности может стать тревожность как личностная черта, депрессивность и психогенные расстройства, которые, помимо всего прочего, находят свое выражение в навязчивой тенденции выделения тех субъективно значимых «болевых точек» стрессогенной ситуации, которые субъективно могут нести опасность и порождать хроническую психологическую напряженность. На наш взгляд, именно описанные механизмы лежат в основе формирования посттравматического стрессового расстройства при ожоговой болезни.

В периоде реконвалесценции к источникам стресса присоединяются, кроме вышеперечисленных, нежелательные ограничения и стеснения в деятельности пациентов со стороны медперсонала, разочарование в результатах лечения, переживание субъективной враждебности окружения, сексуальные проблемы (с одной стороны, вызванные длительной изоляцией, с другой стороны, обусловленные ослаблением потенции у мужчин и прекращением менструации у женщин, что рождает мысли о бесплодии, несостоятельности и т.д.). **Итак, постоянно подкрепляемый разнообразными стимулами стресс (на этапе шока, имеющий отношение, в основном, к эмоциональной сфере, на этапе шока-токсемии – к когнитивной сфере и на этапе реконвалесценции – к личностно-индивидуальной сфере обожженного) порождает фрустрацию потребностей: познавательной потребности (потребность в информированности), потребности в общении, эмоциональном контакте, потребности во внимании и престиже, потребности в опек, защищенности, безопасности. Это приводит к функционированию защитных механизмов (с целью облегчения стрессогенного воздействия): предвосхищения, отрицания, проекции, отреагирования, инфантилизации, регрессии и интеллектуализации. На отдаленном этапе происходит трансформация мотивационной сферы личности.**

8.16. ФОРМИРОВАНИЕ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ У ОБОЖЖЕННЫХ

В формировании личностных особенностей у обожженных можно выделить **четыре периода:**

Первый период – личностная реакция человека на дефект внешности. Преобладает субъективное отражение новой ситуации во всех ее аспектах и формирование соответствующих этому поведенческих установок. Фактор коммуникации присутствует, но неявно – в виде индивидуального опыта, в виде стереотипов, которые складывались в течение онтогенеза в условиях определенной культуры. Эти эталоны, как правило, носят общественный характер.

Второй период – вторичная реакция человека на дефект внешности с учетом реагирования окружающих в ситуации коммуникации. Преобладает «живая» коммуникация. Происходит как бы верифицирование результатов первого этапа: субъективных образов, оценок, соответствующих им установок. Человек начинает сопоставлять воспоминания о себе прежнем (для которого собственное тело было самым собой разумеющимся), с собой настоящим и своим нынешним телом (либо крепнущим, либо слабеющим в борьбе со стрессовой травмой). Это период начала осознания двух реальностей: тела, как самостоятельно значимого фактора и личности, которая не может быть беспечной относительно огромной значимости тела. В этом периоде, если тело значимо травмировано или гибнет, личность сталкивается, пока еще до конца не осознавая с проблемами неудовлетворения или, более того, трагичности ужасных изменений (стабилизирующихся или даже увеличивающихся в обожженном теле).

Третий период – происходит еще большее осознание трагических изменений в теле. Это кажущееся субъекту «действительное» осознание происшедшей с ним трагедии связано, главным образом с тем, что начинает все сильнее действовать фактор социализации субъекта. Выйдя из пространства борющегося тела, в бездну которого его низвергла из его обыденного благополучия стрессовая травма, субъект начинает видеть и осознавать трагедию тела и личности (внешности и души).

Четвертый период. Многослойная, многоступенчатая, многогранная адаптация (в некоторых случаях, скорее, дезадаптация) к ожоговой травме, выражающаяся в крайних случаях в гипертрофированных формах:

- 1) ненависть к своему телу, вплоть до самоубийства,
- 2) заточение себя в одиночестве, бегство от своего тела в мир психопатических представлений и иллюзий,
- 3) напротив, выставление напоказ своего обезображенного тела либо в бесконечных врачебных кабинетах, либо в подземных переходах под видом нищенства.

Несомненно, выделенные периоды в определенной мере условны.

8.17. ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ДИНАМИКУ ТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССА

Среди факторов, влияющих на динамику травматического стресса, совершенно определенно можно указать преморбидные особенности личности, перенесенные ранее несчастные случаи, устойчивость социального статуса и, несколько условно, локализацию поражения. Остановимся на рассмотрении каждого из этих факторов:

Под общим термином преморбидные особенности личности нами были объединены психологические особенности, проявившиеся у пострадавших до получения травмы. Как показано в нашем исследовании, обожженные отнесенные к этой группе, имели значимо более низкую личностную тревожность в сравнении с другими обожженными. На наш взгляд, именно эта личностная особенность обусловила их подверженность ожогу, а в дальнейшем «разрушительное» по отношению к себе поведение в стационаре (срывание повязок, отталкивание капельниц, отшвыривание таблеток, конфликты с медперсоналом).

По-видимому, **низкая личностная тревожность (как устойчивая черта личности) предрасполагает к более частому избранию поведения, связанного с повышенным риском.** В нашем исследовании было 25 человек, которые уже имели в жизни несчастные случаи (горели, тонули, попадали в автокатастрофы) – и все эти люди отличались низкой личностной тревожностью. Особенностью их пребывания в стационаре является то, что в периоде шока они очень остро реагируют на травму, что выражается в сильной депрессии, которая, впрочем, быстро проходит, а в периоде реконвалесценции они более обеспокоены своей будущностью, нежели другие обожженные. Такие особенности реагирования мы объясняем тем, что в прошлом опыте обожженных с несчастными случаями в анамнезе уже имеются «программы» реагирования на травму, и эти обожженные более объективно и реалистично, нежели другие пациенты оценивают свою будущность.

Наше внимание обратила немногочисленная группа больных (10 человек), характеризовавшаяся крайне высокими показателями депрессии на всех этапах пребывания в клинике: период шока – начало токсемии – 25,7 баллов, период токсемии – 17,5 баллов, период реконвалесценции – 7,5 баллов (приведены средние значения). Уровень личностной и реактивной тревожности также был повышен у этих пациентов (хотя и не столь резко). Чем обусловлена такая острая реакция на получение ожога? Когда мы проанализировали истории болезней данной категории пациентов, оказалось, что все эти люди имели весьма благополучный социальный статус: это были люди, не имевшие семьи, ведущие неупорядоченный образ жизни, у половины из них ранее уже имели место несчастные случаи, а в ряде случаев был и неблагополучный психический преморбид.

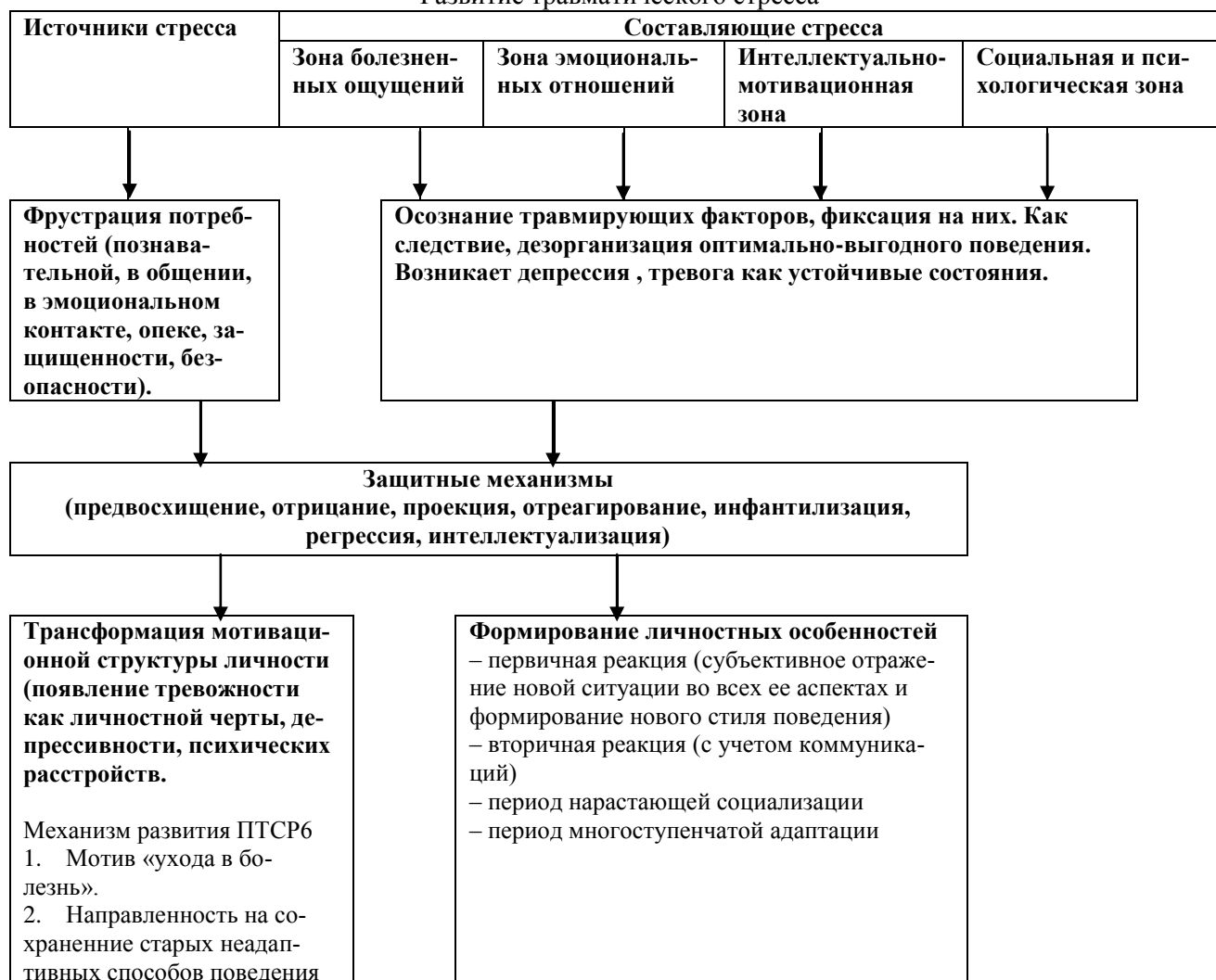
Локализация поражения выделяется нами несколько условно, поскольку сам по себе факт ожога уже влечет за собой травматический стресс. В периоде токсемии у обожженных с ожогами кистей и лица наблюдается относительно более тяжелое переживание травматического стресса, и во всех периодах более тяжелая реакция характерна для обожженных с травмой гонад. Мы склонны объяснить эти феномены чисто функциональными особенностями: повреждение этих органов вызывает значительные затруднения в обслуживании себя, делая человека полностью зависимым от окружающих. Травма гонад, помимо всего прочего, ставит под угрозу эффективное выполнение своей социальной роли.

В заключение приведем таблицу Составляющие травматического стресса при ожоговой болезни и таблицу Развитие травматического стресса

Составляющие травматического стресса при ожоговой болезни

| Этапы травматического стресса | | Шок | Токсемия | Реконвалесценция |
|---|------------------------------------|--|--|---|
| | | Ожог+непосредственная реакция | Переход от борьбы за жизнь к реабилитации социальной роли | Реабилитация социальной роли |
| Источники стресса | | Внезапность; страх, боль, тревога, стыд | Длительность действия ожоговой травмы, вынужденная пассивность, ограниченность движений, беспомощность, ощущение эмоциональной оторванности, пустоты, одиночества; настороженное ожидание из-за отсутствия информации о ходе лечения; депрессия, тревога; когнитивная переработка впечатлений и эмоциональных переживаний. | Страх перед выпиской, боязнь социальных контактов, недовольств медперсоналом и результатами лечения, переживание субъективной враждебности окружения |
| С О С Т А В Л Я Ю Щ И Е С Т Р Е С С А | Зона болезненных ощущений | Страдает сенсорный синтез – физическая боль | Боль имеет, в основном, эмоциональную окраску | Боль минимальна |
| | Зона эмоциональных отношений | Угроза длительной разлуки с близкими, угроза здоровью, потеря чувства защищенности, апатия. Испуг нередко рождает анозогнозию, субпсихотическое состояние, чувство безысходности | Разные варианты депрессии и тревожности. Гнев, агрессивность. Начало функционирования психологических защит. Субъект переживает непонимание и отсутствие поддержки (2 ситуации реализования – чрезмерная подавленность или – стремление встать над ситуацией | Укрепление идеи о возможности выздоровления. Но нередко истощение психологических ресурсов |
| | Интеллектуально-мотивационная зона | Мотив – выжить. Оптимистичное прогнозирование ситуации, недооценка длительности лечения, неосознание тяжести дефекта и его социальных последствий. | Когнитивная переработка впечатлений и эмоциональных переживаний. Более адекватное отношение к травме. У многих – искаженное представление о проводимом лечении. 3 варианта отношения к болезни (адекватное, обостренное, обедненное). | Неутоляемый интерес к любой информации о своем заболевании. Начинающееся изменение мотивационной сферы личности. |
| | Социально-психологическая зона | Важность любой информации о лечении. Усиление субъективной значимости окружения. Тенденция опираться на других. | Большая роль общения и получаемой реальной обратной связи (медперсонал, родственники, окружающие больные). | Первые контакты с окружением. Обеспокоенность профессией и семейной жизнью, обеспокоенность будущим. Решающая роль обратной связи. |
| | Актуальное пространство | Свои болезненные ощущения, тело | Переживание ситуации лечения в полном объеме («здесь и сейчас»); переработка обстоятельств ожога. Мучительные мысли о будущем, переживание измененности своего тела, боль. | Ориентированность в будущее (профессия, семья, дети); уход в фантазии, сужение полей коммуникации, уход в болезнь; дальнейшая борьба за физического облика (операции и т.д.). Возможный исход: 1) нормальная адаптация, 2) угроза психосоматического страдания или суицид. |

Развитие травматического стресса

**Факторы, влияющие на динамику стресса:**

- Преморбидные особенности личности
- Перенесенные ранее несчастные случаи
- Локализация поражения
- Устойчивость социального статуса

9. ОТДАЛЕННЫЙ ПЕРИОД ОЖОГОВ

Многие клиницисты отмечают наличие психиатрической болезненности у обожженных; от почти одной трети у Andreasen N.I.C., 1971, 2/3 у White A.C., 1982, Chang F.C., Herzog B., 1976. Cassone P. и Mag Jasan G., 1983 нашли (впрочем, неясную) связь между трудностями адаптации и болезненными проявлениями психики, которые они наблюдали у половины пациентов. Mlott S.R., 1977, Miller W.C., 1976 и Simon R.D., 1978 указывали на общее улучшение состояния через 1-2 года после ожога.

Bernstein N.R., 1982 в своем обзоре отмечает трудности лечения ожоговых последствий (обезображивания). Окружающие часто избегают обожженных. Часто нарушается схема тела. С объяснительной целью автор приводит схему Shontz F.C. (1977), который перечисляет функции образа тела: 1. Сенсорный синтез. 2. Инструмент действия (для биологической и социальной адаптации). 3. Источник влечений. 4. Стимул для себя (самооценка). 5. Стимул для других способность привлекать или отталкивать). 6. Внутренний мир. 7. Средство для самовыражения.

Заслуживает упоминания исследование Solnit A.I., Priel B., 1975, которые исследовали в день выписки из госпиталя 25 молодых солдат, перенесших тяжелые ожоги, с применением теста Роршаха и

краткого варианта ТАТ. Авторы обнаружили значительное нарушение восприятия границ собственного тела и потерю чувства телесной целостности, связанные с символическим и реальным значением кожи как органа, оформляющего эту целостность. Отмечается, что нарушения образа тела приводят к снижению самооценки, которую Bowden M., 1980 и Davidson N.T., 1981 нашли почти у каждого шестого больного. С нарушением функции образа тела, считает Bernstein N.R, Tudahl L.A. et al., 1987, Bogaerts F. et al., 1992, связаны нарушения сексуальной активности; White A.C., 1982 нашел сексуальную неудовлетворенность почти у трети больных.

В довольно тщательном исследовании, посвященном изучению трудностей в сексуальном функционировании после ожогового поражения, Brown B. et al., 1988 показали, что женщины испытывают большие трудности при вступлении в сексуальные контакты ($r = 0,57$, p меньше 0,001), нежели мужчины. Это связано, по мнению авторов, с различным типом функционирования сложившихся до ожога психологических установок.

Bowden M.L., 1980, Davidson T.N., 1981 отмечают у каждого пятого трудности в семейных отношениях, связанные со снижением самооценки. Chang F.G. и Herzog B., 1976 нашли разводы у 2,5% больных. Cassone P. и Mag Jasani G., 1983 отмечают разводы у 1, 6% (что объясняется социокультурными условиями Италии).

Tudahl L.A. et al, 1987 главную роль в успешном решении сексуальных проблем отводят взаимопониманию между партнерами. Они отмечают также, что у семейных пациентов восприятие внешности коррелировало с физической дисфункцией и с образом тела.

Bernstein N.R., 1982 считает, что нарушения образа тела приводит к эмоциональным страданиям, которые отличаются от невроза тем, что имеют внешнее по отношению к личности происхождение. Для понимания природы этого страдания он использует представления Engel G.L. (1967, 1968) о комплексе беспомощности и безнадежности (giving-up-given-up complex), который включает в себя: 1. Чувства беспомощности и безнадежности. 2. Негативное видение самого себя. 3. Потерю удовлетворения от социальных ролей и межличностных отношений. 4. Ощущение разрыва между прошлым, настоящим и будущим. 5. Склонность к воспоминаниям о прошлых неудачах.

Нарушения образа тела, сексуальной функции, комплекс беспомощности и безнадежности – все эти пока еще недостаточно экспериментально изученные явления – позволяют все же приблизиться к пониманию причины того, что у больных, страдающих от последствий ожоговых травм, чаще всего находят депрессию. Chang F., Herzog 1976, White A.C., 1982 нашли депрессию у половины своих больных, Andreasen N.I.C., 1971 – у каждого шестого. На втором по частоте встречаемости находится посттравматический невроз, в структуре которого имеются симптомы тревоги, депрессии, астении. Tucker P., 1987 нашел его у 1/3 больных, Andreasen N.I.C., 1971, 1972 – у 1/4, Mag Jasani G., 1983 – у 1/6. У 1/4 больных White A.C., 1982 обнаружил трудности концентрации, приступы страха и паники. У больных, кроме того, наблюдалось сужение контактов (у пятой части – Andreasen N.I.C., 1971; у двух пятых – White A.C., 1982, которое может доходить до степени «социальной смерти» (Harper G., 1978; Mendelsohn L., 1983), что влечет выпадение части больных из поля зрения.

В литературе имеются разноречивые данные об уменьшении либо увеличении частоты расстройств психики в отдаленном периоде ожогов. Одни авторы указывают на то, что через год после травмы частота расстройств уменьшается (Adler A., 1944; Mlott S.R., Miller S.R., 1976, 1977), особенно у мужчин (Simons K.D., 1978), другие (Tucker P., 1987) указывают, что частота посттравматических стрессовых расстройств в течение года нарастала, причем снова у мужчин. White A.C., 1982 отмечает, что после тяжелых ожогов в два раза чаще возникают осложнения со стороны психики, другие исследования это не подтверждают.

По мнению Faber A.W. et al, 1987, 40% обожженных взрослых спустя 18 месяцев после выписки имеют психологические проблемы, а 21% из них находится в таком опасном положении, что им требуется психологическая помощь.

Williams E.E. et al, 1991, исследовавшие психологические последствия (осложнения) у обожженных спустя год после травмы с применением большой батареи психологических методик (клиническая шкала тревоги и депрессии, шкала событий, вопросник функциональных изменений, исследование боли и др.) сообщают о том, что более трети пациентов (36,4%) имели преморбидные характеристики, которые могли предрасполагать к ожогу. Более трети пациентов (34,7%) имели значимое скрытое переживание психологических проблем. Тревога была самым общим симптомом, логически вытекающим из посттравматических стрессовых симптомов и депрессии. Ожог на открытых частях тела, по мнению авторов, является важным фактором в предсказании психологических последствий ($p = 0,001-0,018$).

Данные, касающиеся психологических проявлений, обусловленных локализацией ожога, довольно противоречивы.

Bowden M., 1980, Davidson T.N., 1981, White A.C., 1982 не наблюдали никакой связи между локализацией ожога и психическими осложнениями, а Chang F.C., Herzog B., 1976 отметили, что только после ожогов лица и рук возникает депрессия.

Andreasen N.I.C., 1972 считала, что наиболее уязвимы молодые люди с привлекательной до ожога внешностью, а White A.C., 1982 продемонстрировал, что средний возраст (36-45 лет) более ранним. Andreasen N.I.C. et al., 1971, Bowden M.L., 1980, Davidson T.N., 1981, Cassone P., Mag Jasani G., 1983, нашли, что женщины почти вдвое более уязвимы, чем мужчины, но White A.C., 1982 не нашел разницы между полами. Болезненные осложнения психики чаще возникали у преморбидно-психопатических, тревожных или депрессивных (White A.C., 1982; Tucker P., 1987), отличавшихся применением избегания как основного способа адаптации (Browne S., 1985), у одиноких или многодетных (White A.C. 1982). Отмечается также появление рентных установок (White A.C. 1982; Tucker P., 1987). Путаница в этой области возникает из-за того, что в течение последних 20 лет (рассматриваемого хронологического периода) резко возросла выживаемость при ожоговой травме, а специальных исследований психологического статуса лиц, перенесших ожоги от 40 до 80% поверхности тела, специально не проводилось. Среди работ клиницистов последнего времени можно отметить работы Гельфанда В.Б. и Николаева Г.В., Николаева Г.В., 1980, 1981, 1990.

В них имеются указания на страдание при ожоговой болезни центральной нервной системы. По данным Гельфанда В.Б. и Николаева Г.В., 1983, у больных, перенесших ожоговую болезнь, длительное время сохраняются признаки ожоговой энцефалопатии. Психологическое обследование выявило четкие расстройства памяти, осмысливания, аффективные нарушения. У больных преобладали взрывчатость, гневливость, настроение было неустойчивым, чаще подавленным, с оттенком дисфории. При наличии уродующих рубцовых изменений больные обвиняли окружающих в плохом к ним отношении и насмешках над их внешностью, что приводило к замкнутости, потере контакта с окружающими. В неврологическом статусе у больных выявлены очаговые неврологические симптомы: поражение глазодвигательного, пищевого и подъязычного нервов, анизорефлексия по гемитипу, патологические кистевые и стопные рефлексии. Патологические изменения на ЭЭГ сохраняются и в отдаленном периоде. Морфологически в различных отделах мозга наблюдалось набухание эндотелиальных клеток, увеличение числа пиноцитозных пузырьков в цитоплазме, расширение базального слоя капилляров, межклеточных щелей. Был резко выражен периваскулярный отек, отличались дистрофические изменения нейронов. Таким образом, ожоговая энцефалопатия поддерживается или усугубляется уродующими последствиями и нередко представляет собой длительное, многолетнее страдание и даже сохраняется на протяжении всей жизни больного.

В то же время отмечается, что в отдаленном периоде ожогов у пациентов отсутствуют какие-либо патологические проявления со стороны психики (Simons R.D., 1978). Mlott S.R., 1977 и Miller W.C., 1976 обнаружили с применением опросника MMPI уменьшение депрессий через год после выписки, повышение самооценки и нарастание социальности (конформизма), а также увеличение IQ, улучшение кратковременной и долговременной памяти.

Улучшение состояния и рост самооценки как-то связаны с социальной поддержкой, получаемой больными, в частности, с их семейным статусом – прогноз лучше для состоящих в браке, по данным Bowden M., 1980, Davidson T. 1981 и White A., 1982. Simons R., 1978, нашел, что его больные (мужчины) больше внимания стали обращать на семью, нежели на карьеру. Известно, что социальная поддержка неспецифически облегчает перенесение последствий стресса (Cobb S., 1976). Обожженные мужчины, по данным Bowden M., 1980, получали в семье больше поддержки, что и сказывалось на различиях в болезненности. Важную роль в сохранении психического благополучия играет анозогнозия – более 1/3 больных у Andreasen N.I.C., 1971, 1972 недооценивали степень своего обезображивания. Cooper-Frapes G., Yerxa E.I., 1984 нашли, что именно степень использования «отрицания», т.е. анозогнозии, в качестве механизма психологической защиты, определяет сексуальную и общую активность в повседневной жизни у обожженных; парадоксально, но больные с обезображиваниями рук и лица обнаруживали наибольшую степень анозогнозии и активности. Результаты эмпирических исследований часто свидетельствуют против того, что подсказывает интуиция – в частности о значении роли локализации ожога.

Adler A., 1944 отметила, что потеря сознания во время получения ожога предотвращала долговременные осложнения. Однако последующие работы не подтвердили это наблюдение.

Проблематика работ последних лет, посвященных отдаленным последствиям ожогов, в целом повторяет вышеизложенное. Tucker P., 1987 отмечает, что тяжесть ожога не обязательно влечет пси-

хосоциальные нарушения. В качестве одного из важных факторов, влияющих на успешность послеожоговой социальной реабилитации, Tucker P., 1987 называет семейные взаимоотношения, этот же автор указывает на нивелирование со временем тревоги и депрессии и одновременное усиление симптомов ПТСР. Личностным фактором, который является индикатором психосоциальных нарушений, называет нейротизм, тревогу и ипохондрию. Malt U.F. et al., 1989 перечисляет набор переменных, которые влияют на предсказание психосоциального результата, это: длительность нахождения в госпитале, наличие рубцов, преморбидная психопатология, бывшая ранее угроза смерти и девиантное поведение во время лечения. По мнению этих авторов, тяжесть ожога влияет на выраженность психосоциальных проблем (чем тяжелее ожог, тем проблем больше). Love B. et al., 1987, однако, считают, что психосоциальные проблемы скорее возникают из-за малой психологической поддержки, нежели из-за тяжести ожога. Результаты, подтверждающие точку зрения последних авторов содержатся и у Riis A. et al., 1992, которые, кроме этого, указали на важность учета преморбидной психологической отягощенности.

Bernstein N.R. et al., 1992 в качестве общих причин, влияющих на негативную психосоциальную адаптацию обожженных, указывает три: 1. Антисоциальная направленность. 2. Органический синдром мозга. 3. Отсутствие социальной поддержки.

В 1989 году Malt U.F. и Ugland O.M. опубликовали исследование, посвященное долгосрочным наблюдениям за ожоговыми больными. 70 обожженных наблюдались в течение 3-13 лет после ожоговой травмы. Большинство пациентов имели незначительные травмы. Двадцать три процента страдали от определенных психосоциальных проблем. Пациенты с тяжелыми травмами чаще имели проблемы (44%), нежели пациенты с незначительными травмами (16%). Наблюдаемое состояние, по мнению Malt U.F. и Ugland O.M. не было связано с преморбидной психопатологией, за исключением пациентов с более тяжелыми травмами. Сочетание переменных, включающих продолжительность пребывания в стационаре, наличие рубцов, преморбидную психопатологию, риск суицидального и девиантного поведения (включая угрозу самоубийства) в период пребывания в больнице оказались лучшими предикторами негативных долговременных психосоциальных последствий.

В специальной статье, посвященной самообвинению и дистрессу у ожоговых пациентов, Kiesel-Glaser I.K., Williams D.A., 1987 указывают на то, что самообвинение за ожог связано с более тревожным поведением и сильной депрессией. Пациенты с отягощенной преморбидной психиатрической болезненностью были более депрессивны и более подвержены самообвинению, нежели перед поражением. В общем, посттравматические стрессовые нарушения могут значительно задерживать выздоровление пациентов Silva I.A., Leong G.B. et al., 1991.

Заслуживает внимания то обстоятельство, что стресс ожогового поражения может протекать более тяжело у пациентов, имевших стрессовые жизненные происшествия перед ожогом Cobb N. et al., 1991. Изначальная психологическая уязвимость пациентов ведет к более тяжелой реакции на ожог и более серьезному уровню психологической дисфункции. К сожалению, не рассматривается вопрос о том, в какой мере преморбидная стрессовая отягощенность влияет на получение ожога: авторы ограничились констатацией факта.

Fauerbach J.A., et al 1997 оценивали стационарных ожоговых взрослых пациентов (N = 95) после получения травмы и спустя 4 и 12 месяцев методом структурированного интервью и с помощью критериев посттравматического стрессового расстройства. Сразу после получения травмы распространенность аффективных проявлений, употребления алкоголя и употребления ПАВ были значительно выше, а продолжительность существования тревожных расстройств значительно ниже относительно репрезентативной не-ожоговой выборки. Спустя 12 месяцев после ожога преобладание алкоголя и употребление психоактивных веществ были значительно больше, чем сразу после получения ожога. Риск послеожоговых нарушений был значительно выше для субъектов, которые имели доожоговые аффективные нарушения, употребляли алкоголь или психоактивные вещества (ПАВ). Риск развития посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) был выше у обожженных с предожоговыми аффективными расстройствами, но не предожоговыми тревожными расстройствами. Наконец, постожоговое ПТСР было связано с большей продолжительностью госпитализации.

Приведем, на наш взгляд чрезвычайно интересную в психологическом плане работу Lambert J.F. et al., 2004, которые пытались оценить отношения между атрибуцией ответственности и острым стрессовым расстройством (ASD) у жертв ожогов. Госпитализированные ожоговые пациенты (N = 124) прошли психологическое оценивание в течение 2 недель после ожоговой травмы. Участники были разбиты на группы: группа, где наблюдалось самообвинение за получение ожога (N = 49), группа, где наблюдалось обвинение других (N = 36), группа, где был виноват «и я и другие» (N = 10), или никто (N = 29). Двадцать три процента из группы с обвинением других имели расстройства аути-

стического спектра, по сравнению с 0% тех, кто признавал собственную вину. Самообвинение и обвинение других, также были связаны с ASD (острым стрессом). Самообвинение было в значительной степени связано с более низким уровнем ASD, а обвинение других было связано с более высокими значениями, но это не достигало статистической значимости. При анализе моделей по отдельности, оба этих отношения достигали статистической значимости. Эти результаты, как отмечают авторы, имеют последствия для выявления и лечения людей, имеющих риск развития посттравматического стрессового расстройства после травмы.

10. ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЙ СТРЕСС У ОЖОГОВЫХ ПАЦИЕНТОВ

10.1. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССА

В 1980 г. третье издание диагностического и статистического справочника расстройств Американской психиатрической ассоциации (DSM-3) опубликовало первую описательную классификацию для посттравматического стрессового расстройства, как единственного в своем роде диагностического феномена.

Справка. *Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР, «вьетнамский синдром», «афганский синдром», и т.п.) – тяжёлое психическое состояние, которое возникает в результате единичной или повторяющейся психотравмирующей ситуации, такой как, например, военные действия, тяжёлая физическая травма, сексуальное насилие, либо угроза смерти* [American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. – Fifth. – Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013. – P. 271–280.] *При ПТСР группа характерных симптомов, таких как психопатологические переживания, избегание либо выпадение памяти о травмирующих событиях и высокий уровень тревожности сохраняется на протяжении более месяца после психологической травмы* [[American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. – Fifth. – Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013.– P.271–280.]].

У большинства людей после психотравмирующих событий ПТСР не развивается

Течение ПТСР проявляется повторяющимся и навязчивым воспроизведением в сознании психотравмирующего события. При этом испытываемый пациентом стресс превышает тот, который он ощущал в момент собственно травмирующего события, и часто является чрезвычайно интенсивным переживанием, вызывающим мысли о суициде с целью прекратить приступ. Также характерны повторяющиеся кошмарные сны и произвольные воспоминания.

При этом пациент усиленно избегает мыслей, чувств или разговоров, связанных с травмой, а также действий, мест или людей, которые иницируют эти воспоминания. Характерна психогенная амнезия, пациент не способен воспроизвести в памяти психотравмирующее событие в подробностях [[American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. – Fifth.– Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013. – P. 271–280.]. *Имеет место также постоянная бдительность и состояние постоянного ожидания угрозы. Состояние часто осложняется соматическими расстройствами и заболеваниями – в основном со стороны нервной, сердечно-сосудистой, пищеварительной и эндокринной систем. Лечение ПТСР является комплексным, в начале болезни медикаментозным и психотерапевтическим, после – преимущественно психотерапевтическим. Хорошие результаты даёт методика, в ходе которой пациента учат в момент начала приступа концентрировать внимание на ярком отвлекающем воспоминании, что со временем формирует привычку к автоматическому переходу сознания к нейтральным или положительным эмоциям в обход травмирующего опыта в случае появления триггера.*

Одним из психотерапевтических методов лечения ПТСР является метод десенсибилизации и переработки с помощью движений глаз (ДПДГ) (Шапиро Ф., 1998).

Kirkbride J.F., 2012 указывает на то, что до сих пор достаточно трудно дать определение ПТСР. Ряд признаков и симптомов, встречающихся при ПТСР, распространены также во многих других психических расстройствах, что делает ПТСР трудным для диагностики и лечения.

Courtemanche D.I., Robinow O., 1989 считают, что есть все основания считать ПТСР в некоторых случаях и расстройством после термической травмы.

Публикации, посвященные различным аспектам ПТСР при ожогах появляются с 1986 года. В настоящее время это, пожалуй, одна из самых распространенных тем, касающихся ожоговых исследований. Мы попытались систематизировать доступную нам информацию по ПТСР при ожогах, выделив

основные, наиболее часто обсуждаемые вопросы: распространенность ПТСР при ожогах, предикторы развития ПТСР у пострадавших с ожогами, особенности клинических проявлений ПТСР у обожженных, психолого-социальные аспекты ПТСР, прогноз ПТСР при ожогах, причины ПТСР при ожогах, программы терапии и профилактики ПТСР у пострадавших с ожогами.

10.2. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПТСР ПРИ ОЖОГАХ

Cella D.F. et al., 1988 отмечали ПТСР у 25% обожженных, спустя полгода после получения травмы, причем в острой фазе госпитализации уровень дистресса был очень высок у всех пострадавших. Для этих пострадавших было характерно самообвинение и самопорицание за ожог.

По данным отечественного исследователя Гурина И.В., 1996 посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) как отставленная реакция на стрессовое событие исключительно угрожающего характера развивается у 8,9% пострадавших в условиях чрезвычайных ситуаций, сопровождавшихся получением ожогов.

Данные зарубежных исследователей несколько отличаются.

Оценка распространенности хронического посттравматического стресса у взрослых обожженных была предпринята Taal L.A., Faber A.W. 1998. Среди 428 больных, 33% имели тяжелую посттравматическую стресс-симптоматику. Ожоговые проблемы, связанные со здоровьем и стыдом (позором) прочно ассоциируются с посттравматическим стрессом.

По данным зарубежных исследований (Каплан Г.И., Сэдок Б. Дж., 1994), приблизительно у 80% детей и у 30% взрослых, получивших ожоги, через 1-2 года после этого события развивается ПТСР. Gardner P.J. et al., 2012 указывают, что у 75% пациентов было диагностировано посттравматическое стрессовое расстройство с клиническими (39,4%) или субклиническими (35,6%) проявлениями. Клинический или субклинический уровень ПТСР был часто диагностируем в следующих этиологических группах: ожоги паром или кипящей жидкостью (85,7%), ожоги пламенем (77,3%) и электрические ожоги (74,6%).

El hamaoui Y et al., 2002 специально проведена оценка распространенности посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) среди обожженных. В 23.3% встретился критерий ПТСР и в 55% – депрессивного расстройства. ПТСР было связано с возрастом, характером получения ожога (взрыв газового контейнера для приготовления пищи), депрессией и низким социальным функционированием. Не было обнаружено связи между ПТСР и полом, длительностью госпитализации или тяжестью ожога. Данные результаты вступают в противоречие с результатами Van Loeu N.E. et al., 2003, которые утверждают, что факторами риска, относящимися к депрессии, являются преожоговая депрессия и женский пол в сочетании с обезображиванием лица. Факторы риска, связанные с ПТСР (по Van Loeu N.E. et al., 2003) были преожоговая депрессия, тип и тяжесть исходных симптомов, тревога, связанная с болью, и видимость (заметность) ожоговой травмы.

Заслуживает внимания, что частота посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) не отличается существенно у получивших ожоги на поле боя и мирных жителей. Gaylord K.M. et al., 2009 показали, что ПТСР было связано с характером травмы (ожоговая травма), а не с обстоятельствами травмы (военная или гражданская травмы). Общая площадь обожженной поверхности тела и оценка тяжести травмы, были в значительной степени связаны с ПТСР, однако, не было найдено никакой связи между возрастом и ПТСР.

Van Loeu N.E. et al., 2003 отмечают, что спустя 2-3 недели после получения ожога посттравматические стресс-симптомы наблюдаются у 26% обожженных, а 15% из них имеют симптомы ПТСР спустя 12 месяцев после ожога. В целом, с течением времени наблюдалось снижение симптомов, хотя значительная часть участников с острыми стресс-симптомами страдает от хронических посттравматических стресс-симптомов спустя 1 год после ожога. Симптомы можно было предсказать с помощью измерения уровня тревожности и таких объективных факторов, как женский пол, локус, и тяжесть травмы.

10.3. ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ ПТСР У ПОСТРАДАВШИХ С ОЖОГАМИ

Очевидно, что не у всех ожоговых больных развивается посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР).

Примером одной из самых ранних попыток изучения субъективных и объективных предикторов посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) является работа Perry S. et al., 1992. Диагноз посттравматического стрессового расстройства в рамках DSM-III-R основывается на объективной

оценке тяжести стрессора (процент площади ожогового поражения и обезображивание лица). Госпитализированные ожоговые пациенты (51 человек) были обследованы в течение первой недели после травмы; оценивались два объективных предиктора (процент площади ожогового поражения и обезображивание лица), так и субъективные предикторы (эмоциональный дистресс и восприятие социальной поддержки). Затем пациенты оценивались спустя 2, 6, и 12 месяцев с целью диагностики развития ПТСР. Среди 51 пациента, у 18 (35,3%) наблюдались критерии ПТСР спустя 2 месяца. Высокие показатели ПТСР были также обнаружены спустя 6 месяцев (N = 16, 40,0% у 40 пациентов) и 12 месяцев (N = 14, 45,2% у 31 пациента). Авторы отмечают, что субъективные переменные являются основными предикторами ПТСР, но у пациентов с более тяжелыми ожогами не наблюдалось большей склонности к развитию посттравматического стрессового расстройства. Перспективные данные этого исследования подтверждают мнение тех, кто считает, что оценки степени выраженности стресса может также учитывать субъективные факторы (эмоциональный дистресс и восприятие социальной поддержки). Perty S. et al., 1992 делают вывод о том, что хотя DSM-III-R диагноз посттравматического стрессового расстройства основывается на объективной оценке тяжести стрессора перспективные данные этого исследования подтверждают мнение тех, кто считает, что оценивание степени выраженности стресса может также учитывать субъективные факторы.

Следует отметить фундаментальное отечественное исследование Гурина И.В., 1996., посвященное в том числе и изучению предикторов развития ПТСР. Ретроспективный сравнительный анализ комплекса данных (анамнестических, экспериментально-психологических, клинко-психопатологических) у пострадавших с ожогами с развившимися впоследствии ПТСР (113 человек) и у обожженных без развившихся в дальнейшем ПТСР (85 человек) в течение первых месяцев после травматического события, позволил выявить предикторы развития ПТСР у данного контингента пострадавших. Гуриным И.В., 1996., выделены три группы предикторов развития ПТСР:

- анамнестические предикторы ПТСР (неблагополучное детство, склонность к алкоголизации, наличие психологических травм и несчастных случаев в прошлом, тормозимые или истероидные акцентуации характера);

- психометрические предикторы ПТСР (высокая степень субъективного стресса в виде фаз погружения и/или избегания, высокий уровень реактивной тревоги, высокий уровень депрессии, а также преимущественное использование таких механизмов психологической защиты, как подавление, вытеснение и отрицание);

- клинко-психопатологические предикторы развития ПТСР (эпизодически возникающие аффективные галлюцинации, тревожные руминации, тревога, депрессия, пугливость, чувство обиды на судьбу, болевая гиперестезия).

Учитывая тщательность сделанной работы, обоснованность выводов, репрезентативность полученных результатов приведем достаточно большую выдержку из автореферата Гурина И.В., 1996.

«Исследование преморбидного периода в сопоставляемых группах показало, что у лиц, впоследствии заболевших ПТСР, в анамнезе достоверно чаще выявлялись разнообразные неблагоприятные психосоциальные факторы (соответственно 66,4% и 30,6%). Среди этих факторов были, выделены: неблагоприятное детство (ссоры, скандалы, унижения, безнадзорность в родительской семье – 22,1%), склонность самих пациентов к алкоголизации (21,2%), наличие тяжелых психологических травм в прошлом (серьезные семейные конфликты, болезнь или смерть близких, неудовлетворенность работой, материальный ущерб) – 16,8%, наличие несчастных случаев в прошлом (ранения, ожоги и прочие травмы не приведшие к инвалидности или физическим дефектам) – 6,2%.

Ретроспективное изучение личностного преморбида у пострадавших с развившимися впоследствии ПТСР позволило установить, что среди них удельный вес лиц с разнообразными акцентуациями характера достоверно превышает аналогичный показатель в группе сравнения (соответственно 64,7% и 38,8%). При этом наиболее распространенными акцентуациями были тормозимые (28,4%) и истероидные (23,9%).

Анализ экспериментально-психологических параметров в исследуемых группах пострадавших показал, что у лиц с ПТСР достоверно чаще, чем у лиц группы сравнения, выявляются высокий уровень субъективного стресса на перенесенное травматическое событие в виде фаз погружения и/или избегания по шкале последствий событий Horowitz. При этом фаза погружения проявлялась в наличии тягостных воспоминаний, фиксированных мыслей и чувств, испытанных с различной интенсивностью во время травматических событий. Состояния избегания выражались тем, что пострадавшие стремились избегать любых напоминаний, мыслей и чувств о перенесенной травматической ситуации. Среди пострадавших с ожогами, у которых впоследствии развились ПТСР, в этот же период до-

стоверно чаще выявлялся высокий уровень реактивной тревоги по шкале Spielberger (34,5% случаев). Для сравнения: в группе сравнения этот показатель составил 16,4%.

Анализ глубины депрессии по шкале Beck показал, что высокий уровень депрессии достоверно чаще выявлялся среди пострадавших с ожогами, у которых впоследствии развились ПТСР – 25,7% случаев (в контрольной группе этот показатель составил лишь 11,7%).

Изучение механизмов психологической защиты в исследуемых группах установило, что у пострадавших с ожогами, у которых впоследствии развились ПТСР, достоверно чаще встречались такие защитные механизмы, как подавление, вытеснение и отрицание. Приведенные данные оказались довольно неожиданными, поскольку вышеуказанные механизмы психологической защиты казалось бы должны быть эффективными при таких состояниях. Гипотетически можно предположить, что сверхсильный характер перенесенной стрессовой ситуации требует, в первую очередь, ее "отреагирования". Если же этого не происходит, то механизмы психологической защиты как бы "загоняют" эту неотреагированную ситуацию вглубь, что делает ее источником развития отставленного во времени психического расстройства (ПТСР).

Изучение психического состояния пострадавших с ожогами в течение первых месяцев после травматического события выявило отдельные клинические симптомы, достоверно чаще выявляющиеся у лиц с ожогами, у которых впоследствии развились ПТСР. Таковыми были тревога (47,8% случаев), аффективные галлюцинации (47,8%), тревожные руминации (42,7%), пониженное настроение (39,8%), пугливость (39,8%), чувство обиды на судьбу (24,7%), болевая гиперестезия (21,2%). Для сравнения: аналогичные показатели в группе сравнения были достоверно ниже ($P < 0,05$). Клинически эти проявления выражались следующим образом: аффективные галлюцинации характеризовались визуализацией сцен пережитого травматического события, иногда и образов погибших родных или близких, возникая при закрытых глазах, чаще ближе к вечеру и в минуты одиночества. Тревожные руминации также занимали значительную часть времени и выражались в напряженном обдумывании "упущенной" возможности предотвратить перенесенную травматическую ситуацию. В их содержании значительное место отводилось стойкому чувству обиды на судьбу, смешанному с чувством вины по поводу случившегося. Отмечалась неадекватная пугливость, проявлявшаяся в легком возникновении острого чувства страха при незначительных внешних стимулах, так например, хлопок дверью или шум за окном могли вызвать ощущение повторного переживания травматического события. Установлено, что у больных группы сравнения все эти признаки не только выявлялись реже, но и имели некоторые качественные различия. Так, у пострадавших, у которых впоследствии не было зарегистрировано развития ПТСР, аффективные галлюцинации содержали моменты перенесенной травматической ситуации только в течение первых дней, а к третьей неделе после психогении практически исчезали. В тревожных руминациях в данной группе пострадавших доминировали не столько мотивы перенесенной травматической ситуации, сколько настоящие события (перевязки, операции). Кроме того, тревожные руминации имели тенденцию к редукции к третьей неделе после психогении.

Таким образом, выявленные особенности преморбида (неблагополучное детство, склонность самих пациентов к алкоголизации, наличие тяжелых психологических травм, несчастных случаев в прошлом, акцентуации характера), данные экспериментально-психологических исследований (высокий уровень субъективного стресса в виде состояний погружения и/или избегания, высокий уровень реактивной тревожности и депрессии, преимущественное использование подавления, отрицания и вытеснения в качестве механизмов психологических защит), а также эпизодические психопатологические нарушения (тревога, аффективные галлюцинации, тревожные руминации, пониженное настроение, пугливость, чувство обиды на судьбу, болевая гиперестезия) есть достаточно оснований расценивать в качестве предикторов развития ПТСР у пострадавших с ожогами.

Conversano C., et al., 2010, составившие обширный литературный обзор, включающий анализ 32 статей за период с января 1998 г. по март 2010 г., посвященных проблемам ПТСР, отмечают, что факторами риска развития ПТСР являются такие факторы, совпадающие с возникновением ПТСР, как наличие посттравматических симптомов в первые недели ожога, избегающий копинг, невротические состояния, наличие психических расстройств до травмы, и степень обезображивания.

Van Loey N.E.et.al., 2012 отмечается, что тяжесть ожога, тревожность, связанная с ожогом зависят от характера термической травмы. Эти параметры могут прогнозировать долгосрочные негативные последствия (правда, это справедливо только для группы, получивших промышленные ожоги).

Мужской пол, более молодой возраст, и большая общая площадь обожженной поверхности тела могут предсказывать более высокие оценки ПТСР после ожоговой травмы (Sadeghi-Bazargani H. et al., 2011)

Однако, Van Loey N.E. et. al., 2003 указывают на такие объективные факторы, как женский пол, локус, и тяжесть травмы, а также субъективный фактор – измерение уровня тревожности. По данным Patterson D.R. et al., 1990 посттравматическое стрессовое расстройство оказалось связанным с общей площадью обожженной поверхности тела, длительностью пребывания в больнице, полом (мужчины), и отсутствием ответственности за полученное повреждение.

Проводились исследования, посвященные поиску физиологических и соматических предикторов ПТСР.

Так, Gould N.F. et.al., 2011 показали связь между частотой сердечных сокращений (ЧСС) после ожоговой травмы и развитием посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). В то время как ЧСС на момент получения ожога была наиболее сильно связана с тяжестью симптомов посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), ЧСС при помещении в ожоговое отделение также являлась предиктором развития острого стресса. Пульс обожженных в машине скорой помощи был связан с кластером ПТСР «избегание» на момент 1, 6, 12 и 24 месяцев. У женщин, ЧСС в машине скорой помощи коррелировала с ПТСР баллами через 6 ($r = 0,65$, $P = .005$) и 12 ($r = 0.78$, $P = .005$) месяцев. ЧСС в машине скорой помощи была связана с расстройствами аутистического спектра и баллами ПТСР сразу после травмы и через 1 месяц после травмы, а взаимодействие амбулаторной ЧСС и пола было связано с баллами ПТСР спустя 6 и 12 месяцев.

Существует повышенное внимание к посттравматическим поражениям у боевых жертв. Moга A.G. et.al., 2009 сообщает об имеющихся в литературе сведениях о высокой распространенности посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) (32%) и легкой черепно-мозговой травмы (mTBI) (41%) у больных с травмами, сочетавшимися с ожогами. Moга A.G. et.al., 2009 предположили, что распространенность посттравматического стрессового расстройства у больных с ожогами была связана с основной взрыв-травмой и легкой черепно-мозговой травмой. Ожоговые больные, получившие травму вследствие взрыва самодельных взрывных устройств, сочетавшуюся с основной взрыв-травмой и легкой черепно-мозговой травмой имели большую распространенность ПТСР. Пациенты, которые не имели травмы, связанной со взрывом самодельного взрывного устройства не имели ПТСР и только у одного пациента наблюдалась легкая черепно-мозговая травма.

Ehde D.M. et. al., 1999 оценивали уровень боли, и отчет обожженных, касающийся преморбидного состояния психического здоровья в течение 24 ч после поступления в ожоговый центр (день первый). Оценивались симптомы возникновения и предикторы острого посттравматического стресса. Более половины выборки (общее количество испытуемых 172 человека) сообщили о нарушениях сна и повторяющихся, навязчивых воспоминаниях об ожоговой травме на 1 день. Другими часто упоминавшимися симптомами были: трудности с концентрацией внимания, избегание мыслей/чувств, связанных с ожогом, воспоминания, и преувеличенная реакция вздрагивания. Лица с менее благоприятным преморбидным состоянием психического здоровья и большими ожогами сообщали о большем числе стрессовых симптомов в 1 день. Эти результаты позволяют предположить, как считают авторы, что переживание некоторых посттравматических стрессовых симптомов непосредственно после ожоговой травмы является нормальным.

Эти же авторы (Ehde D.M. et. al, 2000) изучали возникновение и предикторы посттравматического стресса. Более половины экспериментальной выборки (объем выборки составлял 172 пациента) сообщило о текущих навязчивых воспоминаниях об ожоговой травме через 1 месяц и через 1 год после получения ожога. Другие часто упоминаемые симптомы были: нарушения сна, избегание мыслей или чувств, связанных с ожогом, дистресс, связанный с напоминанием об ожоге. Количество посттравматических стресс-симптомов, подтвержденных через 1 месяц, было единственным значимым предиктором посттравматических стресс-симптомов через 1 год. Эта работа частично подтверждает данные Lawrence J.W. et. al., 1996 о том, что навязчивые мысли и избегающее поведение при выписке предсказывают навязчивые мысли в последующие 4 месяца.

10.4. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПТСР У ПОСТРАДАВШИХ С ОЖОГАМИ

Трудность изложения данных в этом разделе связана с тем, что в отечественной и зарубежной литературе разных лет часто допускается смешение понятий «острый стресс» и «посттравматическое стрессовое расстройство».

Краткий толковый психолого-психиатрический словарь (Под ред. Игишева 2008) дает следующее определение понятию «острая реакция на стресс»:

«Очень быстро преходящие расстройства различной степени тяжести и природы, которые наблюдаются у лиц, не имевших какого-либо явного психического расстройства в прошлом, в ответ

на исключительную соматическую или психическую ситуацию (например, стихийное бедствие или боевые действия) и которые обычно исчезают через несколько часов или дней. Острая реакция на стресс может быть проявлением предшествующего эмоционального расстройства (например, панические состояния, возбуждение, страх, депрессия или тревога), расстройства сознания (например, амбулаторный автоматизм) или психомоторного расстройства (ажитация или ступор). Синонимы: катастрофическая стрессовая реакция; делирий в состоянии истощения (не рекомендуется); посттравматическое стрессовое расстройство».

Нам представляется более оправданным использовать понятия травматический стресс (Лафи С.Г., 1995) (острый стресс), (острое стрессовое расстройство, ASD), ограниченный временными рамками от момента получения ожога до 6 мес. с момента получения ожога и посттравматический стресс, проявляющийся спустя 6 мес. после получения травмы. Психологическим аспектам травматического стресса при ожоговой болезни посвящена работа Лафи С.Г., 1995 и отдельный раздел в данной работе.

Difede J. et. al., 2002 пытался выяснить является ли острое стрессовое расстройство (ASD) предсказателем хронического посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) и являются ли диссоциации как защитный механизм скорее характеристикой острого периода травмы, нежели симптомами ПТСР. 19% обожженных в его исследовании имели ASD. Диссоциативные симптомы были не более частыми и не более тяжелыми, чем симптомы ПТСР. 36% обожженных имели хроническое посттравматическое стрессовое расстройство. В то время как ASD предсказывает хроническое посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), оказалось, что симптомы, отвечающие критериям ПТСР в течение 2 недель после ожога также предсказывают хроническое посттравматическое стрессовое расстройство.

Часто наблюдения, посвященные изучению динамики ПТСР при ожогах начинаются с момента начала стационарного лечения и продолжаются до 2 лет

Patterson D.R. et al., 1990, один из первых, кто изучал посттравматический стресс у госпитализированных больных с ожоговой травмой, отмечает, что у 63% обожженных наблюдались навязчивые воспоминания о первоначальной травме (что соответствовало частичным диагностическим критериям ПТСР) и у 29,6% пациентов из выборки имелись все критерии посттравматического стрессового расстройства в какой-то момент во время госпитализации. Ни один из пациентов не продемонстрировал полные диагностические критерии при выписке из больницы, как и никто в дальнейшем.

Perez Jimenez J.P. et al, 1994 отмечал, что ПТСР имеет тенденцию не замечаться медицинским персоналом ожогового отделения, а в другой статье (Pérez Jiménez J.P. et al., 1995), спустя год, подчеркивал, что важно учитывать субъективную оценку стрессора пациентами, как фактора, провоцирующего развитие ПТСР

Fleming M.P., Difede J, 1999 подчеркивают, что следует учитывать особенности диагностики (оценивания) ПТСР. Клиническая шкала позволяет дать количественную оценку тяжести каждого из 17 симптомов посттравматического стресс-расстройства. Авторы указывают на эффекты разного применения правил оценки клинической шкалы, при оценке острого ПТСР у госпитализированных обожженных. Вариации от наиболее либеральных до наиболее консервативных оценок влекут за собой изменение диагностики и острого ПТСР от 25% до 32%.

Michaels A.J. et al., 1999 представлен анализ факторов, относящихся к развитию посттравматического стрессового расстройства у раненых взрослых. ПТСР наблюдалось у 42,3% раненых взрослых спустя 6 месяцев после травмы и было связано с посягательством на жизнь, диссоциацией личности, полом (женщины), молодым возрастом (несовершеннолетние), нарушением психического здоровья, и предшествующей болезненностью.

Есть указания на то, что заболеваемость ПТСР выше у военнослужащих, имеющих дело со взрывами (следовательно с легкими черепно-мозговыми травмами) и одновременно подвергшихся ожогу (Gaylord KM, et al., 2008).

Sadeghi-Bazargani H. et al., 2011 указывает, что 20% жертв на 2-й неделе лечения имеют положительные оценки по скрининг-тесту ПТСР, и этот показатель увеличивается на 31,5% спустя 3 месяца. Вероятность формирования положительного ПТСР скрининг-теста значительно увеличивается через 3 месяца ($P < 0.01$).

Следует отметить, что начальные реакции травматического стресса выживших с тяжелыми ожогами на протяжении нескольких первых месяцев являются более интенсивными и продолжительными по отношению к выжившим с "не-катастрофическими" ожогами (Van Loey N.E., 2012). Повидимому у выживших в пожарах, наблюдается более высокий уровень симптомов травматического стресса в краткосрочной перспективе, но долгосрочный результат зависит от других факторов.

Среди подгрупп больных с ожогами имеются различные паттерны развития ПТСР-симптомов (Sveen et al., 2011). Так, выделяются четыре группы: (1) жизнерадостная, с низким уровнем симптомов ПТСР, который со временем снижался; (2) восстановленная (регенерирующая), с высоким уровнем симптомов, которые постепенно снижались; (3) запаздывающая с умеренными симптомами, которые возрастают с течением времени; и (4) хроническая, с высоким уровнем симптомов на протяжении всего времени. Траектория развития ПТСР отличалась в отношении нескольких факторов риска возникновения ПТСР в том числе : жизненные события, преморбидная психиатрическая заболеваемость, черты личности, замкнутость как способ копинга, психологические симптомы во время госпитализации, и особенности социальной поддержки. Устойчивые траектории имели меньше факторов риска и они отличались от большинства хронических траекторий.

Соггу N.H. et al., 2010 отмечают, что более высокая тяжесть симптомов посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) вскоре после выписки из больницы была связана с худшим физическим и социальным функционированием и более высокой психосоциальной дезадаптацией ($P < .001$). Наблюдение, проведенное авторами, показало, что одновременное влияние ПТСР на психосоциальную дезадаптацию, социальное функционирование и жизнестойкость затухает в течение 24-месячного периода восстановления.

Остановимся на **клинической динамике ПТСР у пострадавших с ожогами.**

Особенности развития ПТСР при ожоговой болезни описаны Гуриным И.В., 1996 (см. таблицу).

Таблица 13

Развитие ПТСР (по Гурину И.В., 1996)

| Этапы | Развитие ПТСР | | |
|-------------|--|---|---|
| Первый этап | Стадия невротических расстройств | | |
| | Время развития | Особенности | Клинические варианты |
| | Начинается в среднем спустя 6 месяцев после перенесенного травматического события и продолжается при отсутствии специализированной помощи до 2 лет | Наличие базисного (стержневого) синдрома ПТСР (повторяющиеся повторные переживания стрессовой ситуации в виде навязчивых воспоминаний, представлений, снов, кошмаров). Появление, фиксация и постепенное утяжеление разнообразной невротической (в клинко-описательном смысле) симптоматики, включающей астенические, депрессивные, обсессивные, фобические, тревожные, вегетативные, истерические проявления. | – Астенодепрессивный (42,5%) . Стойко сниженный фон настроения, чувство незаслуженной обиды на судьбу. Астенический фон с повышенной психической и физической утомляемостью, слабостью, вялостью, вегетативной лабильностью, повышенной чувствительностью к яркому свету и громким звукам, нарушения сна. – Тревожно-панический (34,5%) . Постоянное чувство тревоги, внутреннего напряжения, дискомфорта, пароксизмально возникающие вегетативные нарушения, сопровождавшиеся острым чувством страха, тахикардией, тахипноэ, гипергидрозом, ощущением "пустоты в животе", чувством "нехватки воздуха". – Истерический (11,5%) . Стремление вызывать сочувствие у окружающих, демонстративность жалоб, капризность, декларирование особой тяжести своего состояния, значительное ухудшение самочувствия при любых напоминаниях об имевшей место психогении. – Обсессивно-фобический (11,55%) . Постоянный страх перед тягостными воспоминаниями о пережитой психогении, навязчивые мысли и страх перед любыми медицинскими манипуляциями, стремление избегать информационных и чувственных стимулов, напомина- |

| | | | |
|--------------------|---|--|--|
| | | | ющих каким-либо образом о перенесенном травматическом событии |
| Второй этап | Стадия патохарактерологических изменений личности | | |
| | Время развития | Особенности | Клинические варианты |
| | Спустя 2 года после перенесенного травматического события (при условии неблагоприятного течения ПТСР, при непродолжительном, поздно начатом или недостаточно адекватном лечении предшествующей стадии невротических расстройств). | Неблагоприятная динамика имевшихся невротических расстройств. На фоне снижения частоты и степени выраженности невротических проявлений, редукции ряда патогномичных для ПТСР симптомов (аффективных галлюцинаций, тревожных руминаций) происходило относительное смещение акцентов в сторону характерологических, преимущественно эмоционально-волевых и поведенческих расстройств. Наряду с этим, происходила относительная потеря "понятной связи" этих симптомов с психотравмирующими переживаниями, касающимися перенесенной травматической ситуации, а с другой стороны, отмечалось расширение "веера" психотравмирующих ситуаций, могущих вызвать появление и усиление этих симптомов. В связи с такими изменениями у больных начинали прослеживаться тенденции к психосоциальной дезадаптации, в том числе, и к антисоциальному поведению. | – Аффективно-неустойчивый (36,1%) развивался из астенодепрессивного и истерического вариантов стадии невротических расстройств ПТСР. Характерно развитие стойких и выраженных аффективных нарушений в виде раздражительности, гневливости, возбудимости, неустойчивости настроения, конфликтности. Появлялись тенденции к антисоциальному поведению, что было связано с неадекватностью восприятия тех или иных событий, поступков. Зачастую патологические формы поведения усиливались за счет присоединения таких факторов, как злоупотребление алкоголем или призывание к наркотикам. – Дистимический (27,8%) чаще развивался из астенодепрессивного варианта стадии невротических расстройств ПТСР. Настроение становилось не просто стойко сниженным, подавленным, в его структуре появлялись суточные колебания с улучшением к вечеру, витальные компоненты, ощущение тяжести в груди, плохой аппетит, запоры, т.е. признаки эндогенизации депрессии. Стабильный характер приобретали чувства обиды на судьбу, безрадостности, бесперспективности. В то же время любые психоэмоциональные нагрузки переживались особенно остро и болезненно. В поведении нарастали ранее не свойственные замкнутость и отгороженность. – Соматоформный (19,4%) наиболее часто развивался из обсессивно-фобического и истерического вариантов стадии невротических расстройств ПТСР. Для клинической картины этого варианта было характерно наличие многочисленных жалоб ипохондрического характера, в большинстве случаев не связанных с послеожоговыми изменениями и реальным соматическим состоянием. Эти нарушения приобретали выраженный и стабильный характер, нарушали социальную и профессиональную адаптацию больных. – Тревожно-фобический (16,7%) чаще развивался из обсессивно-фобического варианта стадии невротических расстройств ПТСР. Для клинической картины этого варианта было характерно наличие постоянного чувства тревоги, внутреннего напряжения, разнообразных навязчивых страхов, которые начинали постепенно терять свою "понятную" связь с перенесенным травматическим событием. Эти фобии становились все более выраженными, стойкими, определяли формы, |

Lawrence J.W. et al., 2003 с помощью лонгитюдного исследования были изучены взаимосвязи между личностью, копингом, хроническим стрессом, социальной поддержкой и посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР). Сто пятьдесят восемь взрослых выживших обожженных заполнили анкеты измерения каждой из переменных. 124 пациента заполнили опросник ПТСР через месяц, 94 из них – спустя 6 месяцев после травмы. Невротические состояния были самым важным личностным измерением в предсказании ПТСР. Избегающий копинг и социальная поддержка опосредовали высокий процент отношения между невротическим состоянием и ПТСР. Лучшим предиктором наличия симптомов ПТСР через 1 и 6 месяцев были симптомы при госпитализации. Авторами предложена гипотетическая модель взаимоотношений между независимыми переменными и симптомами ПТСР. Модель указывает на 46 баллов ПТСР как пороговое значение для ПТСР и 29% возможного варьирования симптомов ПТСР при госпитализации и в течение 1 месяца.

Метод опроса выживших обожженных относительно кошмаров может использоваться в качестве скрининг-инструмента для определения наличия симптоматики посттравматического стрессового расстройства (Low A.J. et al., 2006). 46% выживших обожженных сообщили о ночных кошмарах, соответствующих критериям BSHS (the Burn Specific Health Scale) и 28% при использовании критериев Диагностического и Статистического Руководства по Психическим Расстройствам (the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition). Оба подхода были полезными инструментами для обнаружения или исключения ПТСР-симптомов. Лучшие дискриминантные способности были достигнуты скрининг-тестом с использованием BSHS пункта «у меня есть кошмары». Как считают авторы, скрининг-вопросы для обнаружения присутствия кошмаров после ожогов могут быть полезными при выявлении симптоматики посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) (Low A.J. et al., 2006).

Некоторые авторы отмечают, что имеются значимые отношения между ПТСР и депрессией ($P < 0,001$), между субклиническим посттравматическим стрессовым расстройством и расстройством настроения ($P < 0,03$) (Gardner P.J. et al., 2012)

Fauerbach J.A. et al., 2009 показал, что после острой ожоговой травмы, высокий дистресс постоянно наблюдается среди лиц, демонстрирующих конфликт между копингом преодоления (пациент активно участвует в своем лечении) и копингом избегания (напр., подавление) относительно тех лиц, которые используют только один из этих методов. Индуцированный экспериментом конфликт копингов был связан с более высоким дистрессом

В динамике клинических проявлений ПТСР следует учитывать сопутствующие поражения и травмы. Так, упоминается, что симптомы ПТСР при ожоговом поражении и сопутствующей легкой черепно-мозговой травме являются клинически сходными в острой и подострой стадии и лечение может широко варьировать (Gaylord K.M. et al., 2008).

Fukunishi I., 1999 проводилось изучение взаимосвязи физических факторов физического функционирования (в том числе и косметических) и симптомов посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) у пациентов с ожоговой травмой и у пациентов, подвергшихся ампутации. Независимо от тяжести ожоговой травмы (например, в процентах к общей поверхности тела), женщины-жертвы с косметическим обезображиванием (т.е., ожогом лица) продемонстрировали наличие симптомов ПТСР, в частности симптомов избегания и эмоционального оцепенения. Независимо от степени физической активности после реплантации, женщины-жертвы с косметическим обезображиванием, подвергшиеся ампутации, имеют симптомы ПТСР.

Две трети выживших обожженных обнаруживают психиатрические расстройства (Dyster-Aas J. et al., 2008). Наличие психиатрической болезненности обуславливает более высокий риск наличия постожоговой психиатрической проблемы. Как указывает Dyster-Aas J. et al., 2008 наиболее распространенными были депрессия (41%), злоупотребление алкоголем или зависимость (32%), простые фобии (16%), и паническое расстройство (16%). Через 12 месяцев после ожога 10 пациентов (16%) отвечали критериям депрессии, 6 (9%) ПТСР, и 11 (17%) имели субсиндромальное ПТСР. Пациенты с тревожным расстройством и психиатрической коморбидностью были более подвержены депрессиям через 12 месяцев, тогда как имевшие аффективное расстройство, сочетавшееся с употреблением психоактивных веществ и психиатрической коморбидностью, с большей вероятностью имели симптомы ПТСР.

10.5. ПСИХОЛОГО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПТСР

Roca R.P. et al., 1992 указывают на то, что посттравматическое стрессовое расстройство диагностируется у 7% пациентов при выписке и более чем у 22% больных в последующее время. Симптомы избегания и эмоционального оупения (emotional numbing) (DSM-III-R критерий С симптомов), как правило, возникают после выписки из больницы. В то время как посттравматические симптомы были связаны с симптомами депрессии, они не были прочно связаны с психологическим приспособлением к болезни; психосоциальная адаптация была более тесно связана с аспектами личности, самой травмой, и ее лечением.

Чем больше пациент страдает от посттравматического стресса, тем больше повышена тревога как характеристика состояния. Связь между посттравматическим стрессом и ощущением боли была, сравнительно с влиянием тревоги, побочной (Taal LA, Faber AW., 1997).

Tedstone J.E, Tarrier N., 1997 исследовалась распространенность проблем с психическим здоровьем. Распространенность клинически значимого уровня тревожности, навязчивостей и избегания оставалась похожей как в течение первых 2 недель, так и в последующие 3 месяца после ожога, однако, распространенность депрессии и посттравматического стрессового расстройства увеличилась в 6 и 4 раза, соответственно, спустя 3 месяца. У пациентов с небольшими ожогами с 1% или менее поверхности тела также имеются клинически значимые уровни психологических трудностей.

Целью исследования Taal L, Faber A.W., 1998 была оценка реакции на ожоговую травму, госпитализационных характеристик и психологических приспособлений у 174 обожженных, которые согласились участвовать в структурированном интервью. Существовала точка зрения, что после перенесения ожога пациентами, чувство одиночества и чувства стыда зависит от видимости шрамов. Вопреки ожиданию, видимость ожоговых шрамов не была предиктором патологического чувства стыда. Напротив, социальная интроверсия являлась фактором, значимо связанным с развитием у обожженных патологического чувства стыда.

В исследовании Fauerbach J.A. et al., 1999 изучалось влияние слабой и умеренной выраженности госпитального посттравматического стресса (PTD), следующего за тяжелой ожоговой травмой, на качество жизни (КЖ) в течение 2 месяцев после контроля доожогового КЖ, учитывались также серьезность травмы, состояние негативного аффекта (депрессия, неудовлетворенность образом тела) и такие характеристики, как оптимизм-пессимизм. Авторами показано, что частота госпитального посттравматического стресса (PTD) связана со значительными нарушениями физического и психосоциального состояния людей, переживших тяжелые ожоги независимо от того, каким был претравматический уровень физического и психосоциального состояния. Тяжесть травмы, уровень негативного аффекта и уровень оптимизма-пессимизма смягчают острый посттравматический стресс на физическом уровне, но не психосоциальное приспособление к нему.

Fauerbach J.A. et al., 2000 изучалось влияние личностных черт на возникновение посттравматического стрессового расстройства. Группа обожженных продемонстрировала значительно более высокие показатели по нейротизму и экстраверсии и значимо более низкие по открытости, уступчивости, и добросовестности по отношению к нормативной национальной выборке. Кроме того, многомерный дисперсионный анализ показал, что тяжесть симптомов посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) групп (т.е., один симптом, несколько симптомов, подпороговые значения посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) были дифференцированно связаны с нейротизмом и экстраверсией. Статистическое сравнение показало, что нейротизм был выше, а экстраверсия была ниже у тех обожженных, у кого развивался ПТСР в сравнении с теми, у кого ПТСР не развивался.

Большое значение для преодоления симптомов ПТСР имеет навык справляться с проблемами, так называемый копинг. В русскоязычной литературе наряду с термином «копинг» часто используется термин «преодоление». В данной работе мы не будем останавливаться на исследовании терминологической разницы, ограничимся лишь констатацией факта. Удивительно, но больший спектр имеющихся копинг-механизмов у обожженных может провоцировать посттравматические стрессовые симптомы.

Так, Fauerbach J.A. et al., 2002 исследовал влияние копинга (преодоления стресса), основанного на эмоциях и непосредственно эмоции избегания на развитие посттравматического стрессового расстройства. Были выбраны субъекты, часто использовавшие, как равноправные, стратегию ментального дистанцирования (преобладающая эмоция – эмоция избегания) и стратегию вентилиции эмоций. Эта группа сравнивалась с группой, использовавшей только один, либо вовсе никакого, метод копинга. В обеих выборках субъекты, которые часто использовали как ментальное дистанцирование (эмоция-избегание), так и вентилицию эмоций (эмоция-подход), по сравнению с субъектами, которые использовали только один или ни один из двух методов копинга, имели более высокие уровни симптомов посттравматического стрессового расстройства даже при контроле исходных симптомов. Для

интерпретации результатов Fauerbach J.A. et al., 2002 используют мотивационную структуру Higgins' (1997), включающую необходимость управляемости и предсказуемости, и теорию ментального контроля Wegner's (1994).

Lawrence J.W., Fauerbach J.A., 2003 специально изучали взаимосвязь между личностью, копингом, хроническим стрессом, социальной поддержкой и посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР). Невротические состояния были самым важным личностным измерением в предсказании ПТСР. Избегающий копинг и социальная поддержка опосредовали высокий процент взаимосвязи между невротическим состоянием и ПТСР. Лучшим предиктором наличия симптомов ПТСР симптомы через 1 и 6 месяцев ПТСР были симптомы при госпитализации.

В поддержании посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) могут играть роль связанные с травмой предубеждения (так называемая предвзятость внимания).

Справка. *Системная предвзятость, системные отклонения – свойственная процессу тенденция поддерживать одну из сторон, отдавать предпочтения отдельным результатам. Термин является неологизмом и относится к социальным (человеческим) системам, схожее явление в технических системах называется систематической ошибкой. Перевод английского термина «systemic bias» не устоялся в русской литературе. Возможны также варианты перевода «системный уклон», «систематические предубеждения», «системные искажения», «систематическая необъективность»*

В отличие от случайных ошибок, в случае систематической предвзятости необъективность допускается в пользу одной из сторон. (http://en.wikipedia.org/wiki/Attentional_bias)

Хотя ожоговое повреждение является травмирующим событием для многих пациентов, исследования предвзятости внимания единичны (Sveen J. et al., 2009). Целью Sveen J. et al., 2009 была оценка предвзятости внимания, обусловленной ожогом, через 1 год после ожога и ее связь с факторами риска и симптомами ПТСР. Большинство пациентов имели ожоговоспецифичную предвзятость внимания спустя 1 год после ожога и это было связано с симптомами ПТСР.

Следует отметить необходимость дифференциальной диагностики между симптомами посттравматического стресса и другими психологическими особенностями личности, в частности такой характеристики, как алекситимия (см. раздел Эмоциональные особенности у обожженных)

Очень интересной работой является, на наш взгляд, работа Sveen J. et al., 2011. Остановимся на ней более подробно. Как отмечается в работе, психологические проблемы обычны для ожогов, а симптомы посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) являются одними из самых распространенных. В настоящее время известны факторы риска для посттравматического стрессового расстройства, но мало известно о том, как начинаются и как развиваются симптомы ПТСР. Цель работы – исследовать, существуют ли разные траектории развития ПТСР-симптомов после ожога. Десятью пять взрослых с ожогами участвовали в исследованиях с момента начала стационарного лечения до 12 месяцев после ожога. Симптомы посттравматического стрессового расстройства были оценены the Impact of Event Scale-Revised в баллах через 3, 6 и 12 месяцев после ожога, затем был использован кластерный анализ для обнаружения траектории развития ПТСР. В траектории сравнивались известные факторы риска для ПТСР с помощью непараметрического дисперсионного анализа. Результатом работы явилось определение четырех групп: (1) жизнерадостная, с низким уровнем симптомов ПТСР, который со временем снижался; (2) восстановленная (регенерирующая), с высоким уровнем симптомов, которые постепенно снижались; (3) запаздывающая с умеренными симптомами, которые возрастают с течением времени; и (4) хроническая, с высоким уровнем симптомов на протяжении всего времени. Траектория отличалась в отношении нескольких факторов риска возникновения ПТСР в том числе событий в жизни, преморбидной психиатрической заболеваемости, черт личности, замкнутости как способа копинга, психологических симптомов госпитализации, и социальной поддержки. Устойчивые траектории имели меньше факторов риска и они отличались от большинства хронических траекторий. Полученные результаты имеют, несомненно, большое значение для клинической практики.

10.6. Прогноз ПТСР

Большое значение для клинической практики представляет знание факторов, позволяющих делать прогноз дальнейшего развития ПТСР.

Так, Mancusi-Ungaro H.R. Jr. et al., 1986 указывал на **фактор предыдущего образования**, который позволял предсказывать степень психологического стресса, прогноз возвращения на работу, и ответ на психологическое вмешательство.

У оставшихся в живых имеется риск плохой психосоциальной реабилитации, который может быть идентифицирован во время госпитализации; для этой группы населения должны быть разработаны и протестированы превентивные стратегии лечения. (Roca R.P. et al., 1992). Посттравматическое стрессовое расстройство диагностируется у 7% пациентов при выписке и более чем у 22% больных в последующее время. **Симптомы избегания и эмоционального оупения** (намбинга) (DSM-III-R критерий С симптомов), как правило, возникают после выписки из больницы. В то время как посттравматические симптомы были связаны с симптомами депрессии, они не были прочно связаны с психологическим приспособлением к болезни; психосоциальная адаптация была более тесно связана с аспектами личности, самой травмой, и ее лечением (Roca R.P. et al., 1992).

В исследовании Bryant R.A., 1996 ожоговые пациенты были оценены спустя 12 месяцев после травмы в целях определения факторов, прогнозирующих развитие посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). Среди 35 пациентов 31% страдали от посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), 29% страдали от субклинических ПТСР реакций и 40 процентов не проявляли никаких симптомов ПТСР. **Обеспокоенность рубцами и избегающий стиль поведения составили 61% посттравматической стресс симптоматики**. Только половина пациентов с ПТСР искала профессиональную помощь. Результаты указывают на то, что посттравматические регуляционные факторы являются важнейшими детерминантами развития посттравматического стрессового расстройства, следующего за получением ожога.

Атрибуция ответственности также может являться прогностическим фактором развития ПТСР. Под атрибуцией ответственности понимается приписывание ответственности за произошедшее событие его участникам (деятелю и жертве его действий). Van Loey N.E. et al., 2008, осуществившие поисковое исследование по изучению отношений между атрибуцией ответственности, отрицательными и положительными эмоциональными состояниями, установили, что ПТСР был связан с атрибуцией ответственности за инцидент, безличными отношениями и с отрицательным эмоциональным статусом. Отсутствие (частичного) ПТСР было связано с атрибуцией ответственности за близкие отношения, интернальной атрибуцией ответственности, атрибуцией, связанной с обстоятельствами и нейтральными или всепрощающими чувствами.

Как указывает Соггу N.H. et al., 2010, оценка ПТСР и боли, следующих за ожоговой травмой, может помочь в прогнозировании будущего функционирования.

Вероятность получения положительных стресс-симптомов ПТСР на основании скрининг-теста значительно увеличивается через 3 месяца ($P < 0.01$) (Sadeghi-Bazargani H. et al., 2011)

Невротические состояния являются самым важным личностным измерением в предсказании ПТСР. Избегающий копинг и социальная поддержка опосредовали высокий процент отношения между невротическим состоянием и ПТСР. **Лучшим предиктором наличия симптомов ПТСР спустя 1 и 6 месяцев были симптомы при госпитализации** (Lawrence J.W., Fauerbach J.A., 2003).

10.6.1. Факторы, улучшающие прогноз ПТСР

Основными **факторами защиты**, по результатам обзора Conversano C. et al., 2010 являются **поиск социальной и эмоциональной поддержки и экстраверсия**.

Скорее всего, молодой возраст, психосоциальный уход и социальная поддержка, наряду с быстрыми судебными процедурами (связанными с решением вопросов социальной поддержки и социальной защиты), способствуют положительному результату (Van Loey N.E. et al., 2012).

10.7. Причины ПТСР при ожогах

Известно, что ПТСР при ожоговой болезни развивается далеко не всегда. Какие же факторы могут обусловить появление ПТСР при ожогах?

Gardner P.J. et al., 2012 подчеркивают, что **высокая распространенность ПТСР (клинических или субклинических проявлений) среди амбулаторных больных с ожогами имеет психологические причины**.

При этом появляется все больше свидетельств того, что **посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), связано с небольшими размерами гиппокампа**. Winter H., Irle E., 2004 сравнивали получивших травмы субъектов с ПТСР с получившими травму субъектами без ПТСР, чтобы

уточнить, действительно ли малые размеры гиппокампа связаны с посттравматическим стрессом или же зависят исключительно от самой травмы.

Была использована трехмерная структурная магнитно-резонансная томография для оценки объема гиппокампа у 30 мужчин, которые в последнее время подверглись серьезной ожоговой травме и у 5 здоровых субъектов, взятых для сравнения. Относительно здоровых субъектов, обожженные с ПТСР (N=15), а также обожженные без ПТСР (N=15) имели значительно меньшие объемы правого гиппокампа (субъекты с ПТСР: – 12%; субъекты без ПТСР: – 13%). Общая площадь пораженной поверхности тела обожженных была значимо связана с уменьшением объема левого гиппокампа. Winter H., Irlle E., 2004 делают вывод о том, что посттравматический стресс – это не необходимое условие для малых размеров гиппокампа у обожженных. Скорее, результаты предоставляют доказательства того, что меньшие размеры гиппокампа обожженных – результат травматического стресса. Посттравматическое применение антагонистов NMDA может защитить от повреждений гиппокампа, вызванных травматическим стрессом, но увеличивает для пациента риск развития симптомов ПТСР.

10.8. ПРОГРАММЫ ТЕРАПИИ И ПРОФИЛАКТИКИ ПТСР У ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ С ОЖОГАМИ

Несмотря на значительный объем публикаций, посвященной термической травме, Gould N.F. et. al., 2011 отмечает, что информации, относящейся к лечению ожоговых больных не хватает.

Следует отметить эффективный прием в лечении посттравматического стрессового расстройства при ожогах – десенсибилизация движения глаз. Первое упоминание об этом приеме в контексте помощи ожоговым больным принадлежит McCann D.L., 1992. Автор рассказывает об эффективном использовании единоразовой сессии десенсибилизация (EMD) движения глаз для лечения исключительно тяжелого случая посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). Пациент уцелел после ожога, но остался с массивными рубцами, глухотой, двусторонней ампутацией верхних конечностей выше локтя, тяжелыми контрактурами, сильно поврежденными ногами и лодыжками. На протяжении 8 лет он чрезвычайно страдал от симптомов посттравматического стрессового расстройства; прием, использованный McCann D.L., 1992, принес ему значительное облегчение.

Переживание некоторых посттравматических стрессовых симптомов непосредственно после ожоговой травмы является нормальным. Персоналу, работающему с ожоговыми пациентами, рекомендуется выявлять пациентов, переживающих клинически значимый дистресс, (и начинать с ними работать) уже на ранних этапах госпитализации. (Ehde D.M. et al., 1999).

Результаты показывают, что хотя посттравматическое стрессовое расстройство у пациентов с ожогами обычно разрешается без какого-либо вмешательства кроме стандартной стационарной помощи, можно его предотвратить, если пациенты, находящиеся в группе риска развития ПТСР будут получать соответствующее психологическое лечение вскоре после травмы. (Patterson D.R. et. al., 2009)

Имеет значение методика, используемая при тренировке копинг-умений. Порядок тренировки копинг-умений может влиять на результаты лечения, успех методов копинга, и в целом на уровень дистресса. Обучение методам стабилизации и успокаивающим методам должны предшествовать тренингу копинга преодоления напряженных жизненных событий. (Fauerbach J.A. et al., 2009).

Sveen J. et. al., 2011, исследовавший существование разных траекторий развития ПТСР-симптомов после ожога, отмечает, что для клинической практики может иметь значение время оценивания и оказания помощи пациентам, у которых имеются различные траектории развития ПТСР симптомов

Следует отметить еще один важный аспект в профилактике ПТСР при ожогах. Это – взаимодействие со средствами массовой информации (СМИ). Bras M. et al., 2007 проанализировал возможные последствия сенсационных заявлений СМИ, касающихся случаев самопричинения ожогов. По мнению авторов, сенсационные заявления могут побуждать к новым случаям такого самоубийства, что известно в литературе как «Вертер»-синдром. Важность междисциплинарного подхода в лечении ожоговых пациентов подчеркивается акцентом на важную роль связующего звена в лечении этих пациентов, как правило, страдающих психическими заболеваниями. Необходимо просвещать людей, работающих в СМИ, чтобы избежать сенсационной отчетности по поводу событий подобного рода. Непрерывное психиатрическое лечение социально незащищенных лиц может быть полезным в профилактике самопричиненных ожогов.

10.9. СОПУТСТВУЮЩИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ИЗУЧЕНИИ ПТСР ПРИ ОЖОГАХ

Взрослые с множеством медицинских и хирургических проблем подвергаются риску боли, бреда, и обезображивания. Излишне говорить, что эти критические заболевания являются весьма напряженным для пациентов и их воспитателей. Однако, врачи редко рассматривают реакции детей на болезни их родителей. Примером такой публикации служит работа Ceranoglu T.A., Stern T.A., 2006, где представлен случай 15-летней девушки, у которой развилось посттравматическое стрессовое расстройство после того, как ее мать после тяжелой ожоговой травмы с осложненным течением попала в отделение интенсивной терапии; случай используется для того, чтобы обнаружить стратегии для выявления психологической уязвимости и осуществить лечение. Узнавая больше о детях взрослых пациентов, посредством скрининга межличностных дисфункции, и путем максимальной поддержки (психологических систем), клиницисты могут улучшить межличностное функционирование и свести к минимуму дистресс.

10.10. ПАРЦИАЛЬНОЕ ПТСР

Многие авторы (Kiecolt-Glaser I.K., Williams D.A., 1987; Cella D.F. et al, 1988; White A.C., 1989; Patterson D.R. et al, 1990; Sieck H.S.H.S., 1990; Silva I.A. et al, 1991; Cobb N. et al, 1991; Gittelman D.K., 1992) отмечают, что степень выраженности симптомов ПТСР у пациентов с ожогами не удовлетворяет полным диагностическим критериям этого расстройства. Наиболее часто встречающимся диагностическим критерием (63%) являются навязчивые воспоминания о полученной травме (Patterson D.R. et al, 1990). Этот же автор указывает на то, что никто из пациентов не дал полного диагностического критерия при выписке из госпиталя. ПТСР было обоснованно связано с тотально пораженным телом, длительным пребыванием в госпитале, полом (у женщин симптомы ПТСР были ярче).

Mulle J, Maes M., 2004 считают, что правила для положительного диагноза посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) могут быть слишком строгими, оставляя слишком много жертв травмы без внимания. Рядом авторов была предложена концепция подпорогового или парциального (PPTSD). Эта концепция предполагает, что субъект может обнаруживать ряд симптомов ниже порогового значения для критериев С или D (подпороговые синдромы) и, возможно, даже совсем не обнаруживать каких-либо симптомов для одного или нескольких критериев В, С и D (парциальные синдромы). В работе Mulle J, Maes M., 2004 на примере 130 жертв пожара и 55 жертв автокатастрофы показано значительное количество имеющихся у пострадавших частичных и подпороговых синдромов. В зависимости от статистического порога, используемого для критерия С (т.е. 3 или 2 симптома), 18,4 и 22,7% субъектов соответственно удовлетворяли критериям для ПТСР. 8,7% субъектов демонстрировали подпороговые синдромы. 60,7% субъектов показали парциальную симптоматику и 16,7% испытуемых имели парциальный синдромы при выполнении критерия F, т. е. клинически значимые нарушения в функционировании. Таким образом, подпороговые синдромы и парциальные синдромы, которые удовлетворяют критерию F, должны рассматриваться в качестве конкретных нозологических единиц или категорий, т.е. как субсиндромальное или парциальное ПТСР.

10.11. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ВЫВОДЫ

Как отмечал Vaag K.M. et al, 1998 в критическом обзоре литературы, посвященном посттравматическому стрессовому расстройству у обожженных, несмотря на относительный характер имеющихся данных, можно выделить несколько четко развивающихся тенденций. Тяжесть ожога и степень ожога не являются абсолютными предикторами, субъективные переменные предикторов предсказывают ПТСР лучше. Существует четкая тенденция для пациентов, которые не имели симптомов посттравматического стресса во время госпитализации иметь развитие ПТСР после выписки. Наконец, показатели распространенности ПТСР значительно варьируют в зависимости от времени скрининга. Методологические проблемы исследования могут быть связаны с отбором выборки и проведения последующих мероприятий.

Литература подчеркивает важность индивидуальной чувствительности к развитию посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) у ожоговых больных, за исключением самого переживания травматического события. Ожоговые пациенты сталкиваются с особыми, специфическими проблемами, поэтому, для того, чтобы разработать подходящие вмешательства, было бы полезно оценить, кроме того, физические и психосоциальные последствия ожога, психологические особенности каждого пациента, чтобы подобрать лечение, которое может учитывать психологическую и физиологическую уникальность пациента с ожогами

Профессионалам, работающим с ожогами при рассмотрении ПТСР, следует рассматривать эмоциональный статус по отношению к воспринимаемой атрибуции ответственности. Содействие прощению может быть выгодной стратегией в борьбе с посттравматический стресс-реакцией (Van Loeu N.E., et al., 2008).

Необходимо просвещать людей, работающих в СМИ, чтобы избежать сенсационной отчетности на события подобного рода. Непрерывное психиатрическое лечение социально незащищенных лиц может быть полезным в профилактике самопричиненных ожогов.(Bras M., et al., 2008).

11. ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ У ОБОЖЖЕННЫХ

Очень многие авторы (West D.A.,1978; Gilboa D., 1984; Bernstein ,1982; Mieszala , 1977 и др.) указывают на существование многочисленных эмоциональных проблем у обожженных.

West D.A., и Shuck I.M.(1977) отмечают, что у всех ожоговых больных проявляются эмоциональные симптомы: страх, беспокойство, гневливость и депрессия, причем они являются нормальными и ожидаемыми явлениями. Другие симптомы: регрессия и психотические состояния являются более опасными и представляют иногда угрозу для жизни. У 2/3 тяжелообожженных, по данным этих авторов, наблюдаются психиатрические осложнения.

Авторы выделяют факторы, вызывающие эмоциональные расстройства. Это:

1. Отношения в семье.
2. Преморбидное отношение к стрессу (кто в преморбиде тяжело переживал стрессы, можно полагать, что он тяжелее переживет и ожог).
3. Обстоятельства ожога.
4. Вынужденная зависимость от других, возникающая в больнице.
5. Боль, возникающая из-за болезненности лечебных процедур, а иногда как самостоятельное явление.

6. Негативность больных, связанная с лечением ожога (иногда больные считают, что лечение надуманно). Все эти факторы, как отмечает D. Gilboa (1984), приводят к сложным эмоциональным реакциям с сильным чувством опустошенности, потери идентичности на всех уровнях и потери чувства собственной привлекательности. Авторы выделяют также беспокойство по поводу смерти, как ожидание наказания, поскольку больные, по мнению авторов, стремятся винить себя в получении ожогов. У больных обнаруживаются сложные эмоциональные реакции беспокойства, депрессии, чувства беспомощности, злости и вины, эти реакции выражаются в таких проявлениях, как апатия, самоустранение, «временная потеря аппетита, с одной стороны и беспокойство, раздражительность, крики и плач, неоднократные жалобы на боль, бессоницу и кошмары, с другой».

Почти у всех ожоговых пациентов в той или иной степени отмечается эмоция горя (Taylor B., 1988). «Горе – комплексный, эмоциональный, естественный и сопровождаемый тревогой процесс со стремлением избавиться от него».

Различные уровни горя включают: 1.Оцепенение (нечувствительность). 2. Недоверие, 3. Гнев. 4. Компиляцию. 5. Угрызения совести, раскаяние. 6. Отчаяние (потеря надежды). 7. Принятие. Автор отмечает, что в больничной обстановке горе часто сопряжено с семейными проблемами. Поведенческие механизмы, сопровождающие эмоциональные реакции у ожоговых пациентов, описывает Temperau С.Е. et al (1987). Эти механизмы имеют регрессивный характер (уподобление ребенку или в более примитивной форме – животному) и сопровождаются: 1. Тревогой и страхом . 2. Постоянным переживанием травмы. 3. Феноменом истощения. 4. Различными проблемами, связанными с обезображиванием. Отмечается, что лечение является более эффективным, если в лечебную программу включается значимый по отношениям партнер. Эти же авторы Temperau С.Е. et al (1989) указывают на то, что «освобождение пациента от борьбы» может быть эффективным при феномене истощения, поскольку позволяет сохранить резервы психики. А у людей молодого возраста (от 14 до 27 лет) Ott D.A. et al (1989) считают более эффективной социальную поддержку, нежели семейную.

В литературе имеются также сообщения и о других реакциях (помутнение сознания, потеря ориентации, бред, отсутствие логики и др. – Andreasen N.I.C.1972; Lpkowski, 1987; Mieszala , 1977; West, 1978).

Все эти реакции могут привести к отсутствию адаптационного приспособления и эмоциональному срыву, что может повлиять на курс лечения и может даже привести к летальному исходу (Konigowa, Pondelicek ,1981). Авторы ссылаются на Bernstein,1969; Galdston ,1972, Long и Cope, 1961, которые указывают, что успешное лечение ожогов во многом зависит от активного сотрудничества

самого больного. Например, если больной реагирует сильной депрессией на болезнь и хочет умереть, он не будет помогать в лечении, тем самым замедляя или даже полностью саботируя процесс выздоровления.

Сила эмоциональных реакций по мнению авторов зависит от следующих факторов (D. Gilboa, 1984):

- процент обожженной поверхности,
- глубина ожога,
- локализация ожога,
- возраст больного,
- скорость физического выздоровления,
- личность больного (тип ВНД),
- те навыки справляться с проблемами, которые сформировались у данной личности в течение жизни до ожога,
- роль контактов с семьей.

Самая первая реакция у больных – это реакция эйфории, чувство благодарности за спасение. После этого короткого периода больной испытывает регрессивное состояние вследствие зависимости от окружения. Авторы призывают «благосклонно принимать» эти эмоциональные реакции, т.к. при глубоком и ослабляющем ожоге они «позволяют больному мобилизовать все свои силы на выздоровление». В процессе госпитализации больной начинает осознавать свои потери и переходит в состояние скорби, которые выражаются грусти и отсутствии аппетита, а также потере интереса к посторонним событиям. Если медперсонал и родственники больного понимают важность борьбы с этой скорбью, их не охватит паника и они не станут искусственно пытаться остановить этот процесс, который, по мнению D. Gilboa, «вполне естествен и необходим при таких обстоятельствах. Более того, если не дать больному пройти через это состояние скорби на этой стадии, то возникнет реальная опасность для него впасть в глубокую и патологическую депрессию на более поздней стадии». В дальнейшем возникают жалобы, требования и беспокойство. Эти реакции указывают на «возвращение к жизни», и авторы называют их адаптивными. Кроме них выделяются «неадаптивные реакции: реакции отрицания, изоляции и «отделения» пораженной части тела от всего тела, что указывает на сложность принятия изуродованной области как неделимой части всего тела. Авторы считают, что зрелый человек, у которого развита логика, понимание, должен потратить огромное количество познавательной и эмоциональной энергии, чтобы добиться отрицания. Вклад этой энергии отбирает у него силы, чтобы бороться с постоянными трудностями – болью, беспокойством, страхом за будущее и т.д. У всех больных, у которых авторы наблюдали эту реакцию, имелось много других приспособительных проблем и экстремальных реакций депрессии, самоустранения, враждебности, чрезмерных жалоб на боли и т.д. Авторы считают, что «было ясно, что это реакция неправильной адаптации в процессе выздоровления и что больной нуждается в помощи, чтобы воспринять поврежденную область, как часть его самого, т.е. добиться объединения всех его частей без их изоляции и отделения».

Bernstein N.R., 1982 указывает на то, что когда человек приобретает дефект, в отличие от человека с врожденным дефектом, он всегда испытывает чувство потери: надежды, будущего и нормального состояния. У многих больных с ожогами имеется чувство, что их внешность и индивидуальность испорчены или на них есть клеймо. Окружающие их люди могут отказываться от общения с ними, быть осторожными или отталкивать их. Иногда к ожоговым пациентам относятся как к «прокаженным», как будто они опасны или угрожающи. Bernstein N.R., 1992 считает, что «основным фактором, влияющим на психику больного, является то, что болезнь или инвалидность делает с самосознанием и внешним обликом больного...». Поэтому больным очень важно сохранить чувство надежды. Для больного важно верить, что для него есть какое-то место в жизни и есть возможность прогресса, несмотря на свое уродство. Если ожоговый больной теряет надежду на будущее, он впадает в отчаяние. Некоторым отчаяние больных кажется безразличием, но на самом деле, это – апатия (т. е. отчаяние без какой-либо энергии).

Характерной чертой обожженных, как считает Bernstein N.R., 1992 является отсутствие сотрудничества с врачом в плане содействия скорейшему выздоровлению (вследствие (частью) депрессии и потери надежды).

Sutherland S., 1988 указывает на различные типы психологических защит у обожженных: рационализация, отрицание, интеллектуализация, юмор. Самой главной проблемой он считает проблему эмоциональной фиксации на ожоге. Larson C.M. et al., 1992, анализируя послеожоговый стиль жизни обожженных зрелого и старшего возраста (после 45 лет), обнаружил нарастающую тенденцию к зависимости и требованию помощи от окружающих.

Bernstein N.R., 1992 высказывает чрезвычайно интересную мысль о том, что состояние изуродованного человека прямо противоположно обыкновенному неврозу. Невротическим является обычно больной, который приходит к хирургу, осуществляющему пластические операции, и при вполне нормальном внешнем виде высказывает жалобы и недовольство по поводу своих недостатков, считая, что те или иные участки тела представляют собой страшные дефекты, которых необходимо избавиться.

У ожоговых пациентов конфликты – внешние по причине, в отличие от невротических больных, чьи внутренние конфликты выдуманы ими самими.

Bernstein N.R., 1992 заключает: «Ожоговый больной – жертва психогенной реакции и общественного отношения, и он не может избежать страданий».

Wallis H et al., 2006 сделали попытку оценить эмоциональный дистресс, а также психосоциальные ресурсы у 55 пациентов с ожоговой травмой в остром периоде и при последующем лечении. Результаты показали значительно большие значения эмоционального дистресса среди ожоговых пациентов в сравнении с нормой. Были выявлены более высокие уровни общей психопатологии, особенно распространены были тревога, депрессия и посттравматические симптомы. Тем не менее, пациенты также сообщали о высоком уровне таких ресурсов, как общий оптимизм, самооценка, и восприятие социальной поддержки. Не найдено было значимой корреляции между степенью тяжести эмоционального дистресса и тяжестью ожоговой травмы. Реакции на ожог изменялись в индивидуальном порядке. Авторы подчеркивают, что раннее выявление пациентов с угрозой риска позволяет организовать специальное психотерапевтическое вмешательство и, таким образом, может способствовать повышению качества жизни и общего самочувствия ожоговых пациентов на долгосрочной основе.

Отношение больных к проводимому лечению, зачастую болезненному, изучалось Wikehult B et al., 2008. Авторы отмечают, что в целом негативные воспоминания о лечении были редкостью и более всего были распространены среди тяжело обожженных. Такие переживания были также связаны с психологическими симптомами и пониженной удовлетворенностью пациентов. Несмотря на относительную редкость подобных переживаний, им необходимо уделять особое внимание.

Мы уже говорили о том, что необходима дифференциальная диагностика между симптомами посттравматического стресса и другими психологическими особенностями личности, в частности такой характеристики, как алекситимия.

Справка: Алекситимия (от др.-греч. ἀ- – приставка с отрицательным значением, λέξις – слово, ὄντος – чувство, буквально «без слов для чувств») – психологическая характеристика личности, включающая следующие особенности:

- затруднение в определении и описании (вербализации) собственных эмоций и эмоций других людей;
- затруднение в различении эмоций и телесных ощущений;
- снижение способности к символизации, в частности к фантазии;
- фокусирование преимущественно на внешних событиях, в ущерб внутренним переживаниям;
- склонность к конкретному, утилитарному, логическому мышлению при дефиците эмоциональных реакций.

Все перечисленные особенности могут проявляться в равной степени или одна из них может преобладать. Алекситимия рассматривается как фактор риска психосоматических заболеваний. Эта точка зрения подтверждается клиническими исследованиями. Причины развития алекситимии неясны. Установлено, что алекситимия плохо поддается психотерапии. В то же время, психотерапия вторичной алекситимии может быть эффективной. Алекситимия встречается у значительной части (до 85 %) людей, страдающих аутистическими расстройствами (Berthoz S., Hill E.L., 2005), (Hill E., et al., 2004). Для измерения алекситимии используются диагностические интервью, шкалы самоотчетов, проективные техники.

Термин «алекситимия» предложил в 1973 году Питер Сифнеос (Peter Emmanuel Sifneos). В своей работе, опубликованной еще в 1968 г., он описал наблюдавшиеся им особенности пациентов психосоматической клиники, которые выражались в утилитарном способе мышления, тенденции к использованию действий в конфликтных и стрессовых ситуациях, обедненной фантазиями жизни, сужении аффективного опыта и, особенно, в трудностях подыскать подходящее слово для описания своих чувств. Алекситимия буквально обозначает: «без слов для чувств» (или в близком переводе – «нет слов для названия чувств»). Термин подвергался критике, в том числе за отсутствие релевантности, однако прочно занял свое место в литературе, посвященной психосоматическим заболеваниям, а связанная с ним концепция алекситимии приобретает все большую популярность, что отражается в постоянно возрастающем количестве публикаций в разных странах. Разработке кон-

цепции алекситимии предшествовали более ранние наблюдения, установившие, что многие пациенты, страдающие классическими психосоматическими болезнями и характеризующиеся «инфантильной личностью», проявляют трудности в вербальном символическом выражении эмоций.

Люди, страдающие алекситимией, не способны понять и разобраться в собственных чувствах и переживаниях, и поэтому, как следствие, им чужды эмоции других людей. Им чуждо сострадание, чуждо сопереживание и чужда жалость. Им не хватает интуиции и воображения. Личность таких людей характеризуется примитивностью жизненной направленности, инфантильностью и, что особенно существенно, недостаточностью функции рефлексии.

Совокупность перечисленных качеств приводит к чрезмерному прагматизму, невозможности целостного представления собственной жизни, дефициту творческого отношения к ней, а также трудностям и конфликтам в межличностных отношениях.

Происхождение алекситимии бывает разное. Это явление может носить врожденный характер. Как, например, устойчивое качество личности человека. А может иметь приобретенный, то есть временный, характер. Примером может служить посттравматическая реакция, состояние вследствие пережитого стресса, длительной депрессии, как защитная реакция организма на агрессию внешнего мира. (<https://ru.wikipedia.org/wiki/%C0%EВ%E5%EA%F1%E8%F2%E8%EC%E8%FF>)

Fukunishi I., et al., 1994 рассмотрели симптомы посттравматического стресса и алекситимии в выборке из 24 ожоговых пациентов. Это были ожоговые пациенты, у которых в хронической фазе (спустя более чем 10 месяцев после ожога), имеются решительные указания на алекситимию. Симптомы посттравматического стрессового расстройства, симптомы избегания и эмоционального оцепенения также были выражены сильнее у пациентов в хронической фазе. Проявление алекситимических особенностей оказалось тесно связанным с симптомами избегания и эмоционального оцепенения. Эти выводы указывают на возможность того, что алекситимия как реакция на данное состояние может быть очевидной только при предотвращении избегания и эмоционального оцепенения как симптомов посттравматического стрессового расстройства.

Психологическое исследование феномена алекситимии требует специальной теоретической проработки, строгого (насколько это возможно, учитывая сложность феномена) экспериментального исследования. В отечественной литературе мы хотели бы отметить работу В.В. Николаевой, посвященной связи феномена алекситимии с особенностями психологической саморегуляции (Николаева В.В., 1993).

Ripper S. et al., 2010 отмечает, что тяжелая ожоговая травма может иметь серьезное влияние на все сферы жизни и часто вызывает высокий эмоциональный стресс. Больные в исследовании этих авторов оценивались во время первой госпитализации и через 6 и 12 месяцев наблюдения. Все больные отмечали выраженное эмоциональное обесценение (редукцию эмоций), особенно во время госпитализации. В последующем было обнаружено снижение эмоционального дистресса. Почти половина пациентов, получила диагноз одного или нескольких психических расстройств по критериям DSM-IV. При лечении больных с ожогами, как отмечают авторы, особое внимание должно быть уделено их психическому здоровью. Должна быть предложена психологическая поддержка, чтобы справиться с последствиями травмы, особенно после выписки из стационара при возвращении в нормальное окружение.

12. ПСИХОТРАВМИРУЮЩИЕ ФАКТОРЫ ОЖГОВОЙ БОЛЕЗНИ

Проблемой трудностей адаптации, являющейся общей для всех обожженных занимался Hamburg D.A. et al., 1953. В этих исследованиях наблюдалось 350 больных и, по-видимому, были получены исчерпывающие результаты. В дальнейшем Rodanova I., 1977 (исследование 3000 больных), Cassone P. et al., 1980, Faber A., Hoogeveen E., 1984 только повторили полученные результаты.

Hamburg D.A. выделил психогенные факторы ожоговой болезни, способствовавшие возникновению психических расстройств, назвав их «проблемами, проистекающими из реальности» (Rodanova I. и Cassone P. назвали их «первичными»).

1. Угроза смерти (ощущаемая больными в первые недели после травмы).
2. Угроза благополучию близких.
3. Угроза инвалидизации и (или) обезображивания, часто превратно осознаваемая больными.
4. Угроза неопределенно длительного страдания, связываемого с хирургическими вмешательствами, лечением и диагностическими процедурами.

5. Физическая обездвиженность (иммобилизационный стресс) (выделяется Rodanova I. с учетом нового опыта лечения на кроватях с воздушной подушкой).

6. Сенсорная депривация (изоляция стресс) (исследование May S.R., 1984).

Hamburg D.A. перечислил проблемы, связанные с прежним опытом личности (Rodanova I. и Cassone P. назвали их вторичными):

1. Чувство вины в связи с собственной неосторожностью, приведшей к ожогу или обвинение других, истинных или мнимых виновников травмы.

2. Угроза выполнению планов на будущее.

3. Вынужденная зависимость от посторонней помощи и ощущение несостоятельности.

4. Обида и зависть к здоровым (особенно при ощущении непонимания).

5. Угроза сексуальности.

Janvier H. et al., 1979 в важной теоретической статье указали на общие для всех обожженных проблемы, создаваемые прогрессом в лечении ожоговой болезни. Искусственная регуляция водно-электролитных и метаболических нарушений устраняет биологическую (соматопсихическую) подоснову потребностей. Чувство невесомости, создаваемое кроватью с воздушной подушкой усугубляет дефицит афферентации, связанный с потерей эпикритических (тонких) ощущений от кожи – главного органа контакта с внешним миром. Деафферентация создается также иммобилизацией и сенсорной депривацией больного. Врачи стремятся как бы лишить больного любого из ощущений от его собственного тела, погрузить в своеобразную нирвану, близкую к смерти, и устраняющую компонент борьбы с болезнью, волю жить. Автор видит выход в уменьшении анальгезии, которая могла бы немедленно увеличить афферентацию и «обратить больного к миру».

Таким образом, в этиологии и патогенезе психических нарушений у обожженных слиты три рода «патосов» (А.В. Снежневский): эндогенно-органические факторы самой ожоговой болезни и ее терапия и психогенные факторы ожога, адаптации к ожоговой болезни, ее лечению и ее последствиям.

Willebrand M. et al, 2004 пытались предсказать психологическое здоровье спустя три месяца после получения ожоговой травмы с учетом связанных с травмой факторов, оцениваемых в начале госпитализации. **Наиболее сильными предикторами возможной психопатологии оказались копинг-стиль, связанный с самоконтролем и самообладанием, угроза жизни во время ожога, тревога и депрессивные симптомы в течение первых трех месяцев после ожога, наличие симптомов навязчивости и возбуждения.**

13. БОЛЬ КАК ФЕНОМЕН. ПРОБЛЕМА БОЛИ ПРИ ОЖОГАХ. ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ ИЗУЧЕНИЯ И КОРРЕКЦИИ БОЛИ ПРИ ОЖОГАХ

Данный раздел работы написан совместно с Лафи Надя Муса (Лафи С.Г., Лафи Н.М., 2013).

Изучение проблемы боли очень значимо в медицинской практике, поскольку все соматические заболевания, как правило, сопровождаются болью. В последние годы проблема боли вызвала большой интерес со стороны специалистов – представителей разных научных направлений и школ. Появились национальные и международные общества боли (Norwegian Pain Society, International Association for the Study of Pain), журналы («Российский журнал боли», «Боль», «Боль и ее лечение», «Pain»). Чаще всего исследователи изучают головные боли, боли в спине и абдоминальные боли. Есть несколько исследований по фантомным болям. Удивительно, но работы по комплексному изучению болевого синдрома при ожогах практически отсутствуют, хотя именно при ожогах наблюдаются чрезвычайно интересные феномены, плохо объяснимые с позиций современной науки, например, интенсивные боли при тяжелых ожогах (хотя с физиологической точки зрения болевые рецепторы отсутствуют), длительные хронические боли, фантомные боли. Имеется единственное сообщение по болевому синдрому у обожженных на русском языке, представленное украинскими специалистами (Фисталь Э.Я., Л.Г. Анищенко, И.И. Сперанский, Ю.Н. Лаврухин, Д.М. Коротких, С.Г. Хачатрян, 2006), но и оно весьма тезисно. Боль при ожоговой болезни для современной науки в некоторых аспектах все еще загадка.

Таким образом, **нет ни одного комплексного исследования по проблемам боли при ожогах.**

Цель данного раздела: анализ современной научной литературы по феномену боли, боли при ожогах, возможным путям изучения и коррекции боли при ожогах.

Задачи:

1. Предложить основные направления изучения феномена боли при ожогах

2. Сформулировать гипотезу и конечную цель исследования феномена боли при ожогах

13.1. СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О БОЛИ

13.1.1. Определение боли

Фисталь Э.Я. и соавт., 2006 приводят следующие определения боли:

Боль – интегративная функция организма, мобилизующая разные функциональные системы для защиты от воздействия вредного фактора.

Боль – неприятное ощущение и эмоциональное переживание, которое возникает в связи с существующей или потенциальной угрозой повреждения тканей.

Боль – сложный психофизиологический феномен, включающий не только гуморальные, гемодинамические, но и психические проявления.

В 1979 году Международная Ассоциация по изучению боли (IASP) дала следующее определение боли, не устаревшее до сих пор: **«Боль – неприятное сенсорное и эмоциональное переживание, связанное с истинным или потенциальным повреждением ткани или описываемое в терминах такого повреждения».** (Марютина Т. М., Кондаков И.М. 2004), (Guide to pain-management in low-resource settings. International association for the study of pain, 2010). Такое определение подчеркивает, что боль не всегда возникает вследствие повреждения тканей, может появляться и без повреждения

13.1.2. Механизмы боли

Кожный покров обильно снабжен нервными окончаниями – рецепторами различных видов чувствительности. Кожа – экран нервной системы во внешнюю среду. Болевая информация создается следующим образом: травмирующий фактор, действуя на ткани, вызывает повреждение, происходит деструкция клеток, их содержимое выходит в межклеточную среду, активизируется циклооксигеназа, образуются метаболиты арахидоновой кислоты, простагландины. Они повышают чувствительность болевых рецепторов, происходит активация внутриклеточных протеиназ. Дальше идет цепная реакция и импульсы попадают в спинной мозг, таламус, кору головного мозга.

Болевая импульсация способствует выработке Р-вещества, так называемой болевой субстанции, в нейронах. По составу это нейропептид, который переносится потоком аксоплазмы по нервным афферентным волокнам, то есть проводит болевые импульсы к центрам.

Таким образом, раздражение рецепторного поля приводит к цепи патофизиологических процессов в коре головного мозга и трансформируется как боль. (Марютина Т. М., Кондаков И.М., 2004).

Фисталь Э.Я. и соавт., 2006 отмечают, что боль является не только сенсорным проявлением физиологических процессов, происходящих при травме в организме человека, но и отражает целый каскад патологических изменений в функциях жизненно важных органов: сердца, органов дыхания, окислительных процессах и др. в ответ на травму. Поэтому правильнее говорить не просто о боли, а о феномене боли, или синдроме боли.

До недавних пор существовала точка зрения, что боль не имеет специфических физиологических механизмов. Как ощущение она может возникать в любой сенсорной системе, если воздействие оказывается слишком сильным. Однако экспериментально было показано, что существует особая мозговая система, обеспечивающая восприятие и передачу болевой информации в кору больших полушарий. Объективная обработка болевых сигналов осуществляется в особой мозговой системе, именуемой ноцицептивной. Она включает особые виды рецепторов, обеспечивающих восприятие болевых стимулов, нервные волокна и проводящие пути в спинном мозге, а также центральные структуры в стволе мозга – таламусе и коре больших полушарий. Боль как переживание представляет отражение работы этой системы в сознании – субъективный компонент. Из этого следует, что боль как переживание не всегда может быть связана с реальным болевым стимулом. Если возбуждение возникает в проводящих путях и высших центрах ноцицептивной системы, минуя болевые рецепторы, человек будет испытывать боль в отсутствие реального болевого воздействия. Подобная боль имеет патологическую природу и требует лечения.

Особенностью ноцицептивной системы как мозгового субстрата боли является также наличие особых тормозных механизмов, которые действуют на уровне спинного мозга и ряда центров головного мозга. Когда эти механизмы включены, уровень возбудимости ноцицептивной системы в целом

снижается, и боль как ощущение уменьшается или исчезает полностью. Эти представления лежат в основе теории воротного контроля боли. Включением центральных механизмов воротного контроля объясняются те случаи, когда сильно травмированный человек почти не испытывает боли. (Марютина Т. М., Кондаков И.М., 2004). Иерархическую совокупность нервных структур на разных уровнях ЦНС, с собственными нейрохимическими механизмами, способную тормозить деятельность болевой (ноцицептивной) системы называют антиноцицептивной системой.

В нормальных условиях существуют гармоничные взаимоотношения между ноцицептивной и антиноцицептивной системами, в результате которых интенсивность болевого стимула, не выходящего за пределы физиологически допустимых колебаний, сопровождается ответной реакцией его подавления на сегментарном, спиноталамическом и таламокортикальном уровнях организации болевой системы и не сопровождается ощущением боли. Человек не ощущает боль в силу гармоничного равновесия между ноцицептивной (проводящей болевую афферентацию) и антиноцицептивной (подавляющей болевую афферентацию, не выходящую по интенсивности за физиологически допустимые пределы) системами. Длительные повторяющиеся повреждающие состояние ткани воздействия часто приводят к изменению функционального состояния (повышенной реактивности) болевой системы, что дает начало ее патофизиологическим изменениям (Алексеев В.В., 2011).

13.1.3. Компоненты боли

Любая боль включает ряд составляющих, или компонентов. Т.М. Марютина и И.М. Кондаков выделяют следующие компоненты боли: сенсорный, аффективный, вегетативный, двигательный и когнитивный.

Сенсорный компонент передает в кору головного мозга информацию о местоположении источника боли, начале и окончании его действия и о его интенсивности. Человек осознает эту информацию в виде ощущения, точно так же как и другие сенсорные сигналы, например, запах или давление.

Аффективный компонент окрашивает эту информацию неприятными переживаниями.

Вегетативный компонент обеспечивает реакцию на болевую стимуляцию. Например, при погружении руки в горячую воду происходит расширение кровеносных сосудов, однако в обоих случаях повышается кровяное давление, учащается пульс, расширяются зрачки, изменяется ритм дыхания. Это так называемый вегетативный компонент боли. При сильной боли реакция вегетативной нервной системы может быть и более выраженной, например, при желчной колике может возникнуть тошнота, рвота, потоотделение, резкое падение кровяного давления.

Двигательный компонент чаще всего проявляется как рефлекс избегания или защиты. Мышечное напряжение проявляется как произвольная реакция, направленная на избегание боли.

Когнитивный компонент боли связан с рациональной оценкой происхождения и содержания боли, а также регуляцией поведения, связанного с болью.

В раннем онтогенезе боль играет роль обратной связи, фиксирующей переживание и изменяющей соответствующие проявления психической реальности ребенка. Доказано, что поведенческие и эмоционально нормальные реакции на болевые стимулы не являются врожденными, они приобретаются в ходе развития. Если этот опыт не приобретен в раннем детстве, выработать соответствующие реакции позднее оказывается очень трудно. Так щенки, специально ограждаемые от вредных стимулов в первые восемь месяцев жизни, оказывались неспособными правильно реагировать на боль, например, они неоднократно "нюхали" огонь, а на глубокое погружение иглы в кожу отвечали лишь локальными рефлекторными вздрагиваниями.

В онтогенезе формируется также и градация в оценке болевых ощущений (слабая, беспокоящая, сильная, невыносимая). Главное в этой оценке – сравнение боли, испытываемой в данный момент, с ранее пережитыми видами боли, т.е. текущее состояние измеряется относительно прежних переживаний, хранящихся в памяти и оценивается в свете накопленного опыта. Такую оценку можно рассматривать в качестве когнитивного компонента. В зависимости от результата этого сравнения психомоторный компонент боли будет выражаться по-разному: мимикой, стонами, жалобами, различными просьбами и т.п. Когнитивное суждение, вероятно, влияет и на степень проявления аффективного и вегетативного компонентов боли. Так, например, человек больше страдает от боли, которая, по его мнению, оказывает важное влияние на самочувствие, чем от такой же по интенсивности, но привычной и субъективно оцениваемой как безвредная.

На оценку боли и ее выражение влияет и ряд других факторов, например, жалобы человека на боль зависят от его социального статуса, семейного воспитания и этнического происхождения. Кроме того, на оценку боли оказывают решающее влияние те обстоятельства, при которых она возникает.

Известно, что спортсмены на ответственных соревнованиях не испытывают боли даже от серьезной травмы, и, кроме того, им требуется существенно меньше болеутоляющих средств, чем людям, получившим такие же повреждения в обычных условиях.

Не получено значимых корреляционных связей между поведением при боли и устойчивыми личностными чертами, например, экстраверсии и интроверсии. Иными словами, невозможно на основе знания личностных черт предсказать реакцию данного человека на боль.

Как правило, все компоненты боли возникают вместе, но их соотношение и степень выраженности каждого может варьировать в зависимости от вида боли и ряда других факторов. Однако, поскольку они связаны с различными отделами нервной системы, то все компоненты боли могут в принципе возникать изолированно друг от друга. Например, спящий человек может отдернуть руку от болевого стимула, даже не ощутив боли сознательно.

13.1.4. Классификация боли

Классификацию боли представим в виде таблицы. Таблица составлена на основе данных Алексеева В.В.; Марютиной Т.М., Кондакова И.М., 2004; Castana O. et al, 2009; Frances A. Taylor, 2008; Gretchen J. Summer et al, 2007; Guide to pain-management in low-resource settings, International association for the study of pain, 2010.

Таблица 14

| Классификация боли | |
|--|---|
| Острая боль | Хроническая боль |
| Острая боль – необходимый биологический приспособительный сигнал о возможном (в случае наличия болевого опыта), начинающемся или уже произошедшем повреждении. | Может быть либо сигналом о протекающем патологическом процессе, либо самостоятельным заболеванием. |
| Длительность острой боли ограничивается временем восстановления поврежденных тканей или продолжительностью дисфункции вовлеченной системы. | Сохраняется в течение большего периода времени по сравнению с острой болью и устойчива к большей части медицинского воздействия. В первоначальном определении под хронической болью понималась боль, длящаяся в течение 6 месяцев и более. На сегодняшний день хроническая боль – это боль, сохраняющаяся после окончания лечения и связанная со специфическим повреждением или патологическим процессом. Повторяется более или менее регулярно |
| Обычно возникает при воспалении или повреждении тканей. Возникает в результате активации периферических болевых рецепторов и чувствительных нервных волокон (ноцицепторов). | С точки зрения сенсорной физиологии, у хронической боли нет прямой связи между ее интенсивностью и степенью органического повреждения. |
| Часто острая боль сопровождается возбуждением симпатической нервной системы (тахикардия, увеличение частоты дыхательных движений, повышение артериального давления, расширение зрачков). Как правило, возникает внезапно и может сопровождаться беспокойством или эмоциональным дистрессом. | Часто становится серьезной проблемой для пациентов. Хроническая (постоянная) боль может вести к постепенно развивающимся вегетативным симптомам (чувство усталости, нарушения сна, ухудшение аппетита, потеря веса и т.д.). Может появляться озабоченность физическим здоровьем, снижение активности, социального взаимодействия, а также психологические ухудшения, влияющие практически на всю деятельность. Длительные (хронические) боли существенно изменяют психофизиологическое состояние человека, а в некоторых случаях и мировосприятие в целом. |
| Острую боль разделяют на поверхностную, глубокую, висцеральную и отраженную. Эти виды острой боли различаются по субъективным ощущениям, локализации, патогенезу и причинам. | Иногда хроническая боль не зависит от расстройства, лежащего в ее основе, и проявляется как отдельный, индивидуальный синдром, принципиально отличный от острой боли. К хроническим болям относятся также т.н. «фантомные» боли в ампутированных конечностях. |
| Причины: активация стрессовых механизмов, чувствительность к боли, психиатрическое про- | Причины: депрессия, факторы, предрасполагающие пациента к появлению хронической боли, социальное воз- |

| | |
|--|-----------|
| шное, психокинетический рефлекс, защищающий от дальнейшей боли | действие. |
|--|-----------|

Голубев В.Л. и Данилов А.Б., 2010 при работе с пациентами, страдающими хронической болью, отметили, что у них довольно часто возникают изменения настроения, проблемы с приемом лекарственных средств, снижение активности, трудности при устройстве на работу, семейные конфликты. Нередко пациенты неадекватно относятся к диагнозу и назначенному лечению, ожидают и даже требуют повторения инвазивных диагностических и лечебных мероприятий, несмотря на то, что они уже были проведены и оказались неинформативны или неэффективны. Предложение проанализировать проведенные диагностические исследования и на их основе подобрать консервативную терапию вместо хирургического лечения нередко вызывает у этих больных разочарование, скептицизм и недовольство. Рекомендации увеличить физическую активность, использовать меньше препаратов, практиковать техники релаксации не устраивают пациентов. Многие из них считают, что их случай – особенный, а врач просто недооценивает тяжесть ситуации. Нередки жалобы на то, что никто не может объяснить им причину боли.

Многим пациентам «неудобно» верить в то, что им может помочь гипноз. Ведь тогда окажется, что боль имеет не физическое, а психическое происхождение, компрометируя, по мнению больного, серьезность его заболевания и обоснованность жалоб. Даже если они приходят к психотерапевту, то, скорее, не за лечением, а за подтверждением собственной правоты. В итоге симптомы лишь нарастают, человек начинает искать новые, часто небезопасные способы лечения. Ретроспективный анализ таких ситуаций позволяет сказать, что они являются примером развития дезадаптивных болевых установок (БУ), что приводит к непониманию пациентом врача и к неэффективности терапии.

Таким образом, требуется изучение БУ с целью их коррекции в случае такой необходимости и получения максимально возможного эффекта от лечения.

БУ могут служить основой хронизации боли. Так, было обнаружено, что при боли в пояснице одним из основных факторов риска перехода острой боли в хроническую и развития долговременных расстройств считаются «неадекватные установки по отношению к поясничной боли».

Установки пациента относительно боли могут быть разделены на три группы:

- базовые философские представления о себе и мире;
- достаточно общие и стабильные установки, которые входят в структуру личности;
- установки, касающиеся непосредственного отношения человека к боли (собственно БУ).

Первая группа установок относится к весьма разрозненным, но глубоким этическим и философским убеждениям касательно таких категорий, как справедливость, страдание, личная ответственность. Если пациент считает, что в жизни не должно быть боли, его страдания по поводу развития у него хронической боли будут глубже. Поскольку установки из данной категории очень индивидуальные, непоследовательны и противоречивы, оценка их весьма затруднительна.

Установки второй категории обычно более четкие и связаны с повседневной жизнью. Они стабильны, независимо от ситуации, мало изменяются с течением времени, поэтому их можно назвать индивидуальными личностными особенностями. Среди них описаны установки, которые имеют негативный оттенок. Существуют и адаптивные установки, которые относятся к этой группе, в том числе такие, как устойчивость, локус контроля, стиль представления и самоэффективность.

При лечении пациентов с хронической болью изучение установок второй группы имеет важное значение, однако наиболее ценную информацию можно получить при оценке БУ третьей группы, именно она может стать ключом к диагностике и поиску пути достижения контроля над болью. БУ пациента, его твердая убежденность в необходимости продолжения диагностических исследований оказывают существенное влияние на эффективность проводимой терапии. Голубев В.Л., Данилов А.Б., 2010. Общая концепция хронической боли пытается учитывать все возможные факторы, как соматические, так и психологические. (Guide to pain-management in low-resource settings. International association for the study of pain, 2010).

13.1.5. Оценка боли в каждодневной практике и при проведении клинических исследований

Наличие общепринятых и доступных методов оценки боли очень важно как в клинической практике, так и при проведении исследований. Breivik H., Borchgrevink P.C., Allen S.M., et al. в 2008 г. привели систематизированный отчет по методам исследования боли. Они указывал, что оценка острой боли – относительно простая задача. В клинической практике часто бывает достаточно опре-

деления интенсивности и локализации острой боли, однако для получения достоверных результатов в научных исследованиях важным бывает указывать и другие ее параметры.

Оценка хронической боли и эффективности ее лечения представляется существенно более сложной задачей. Для различных типов и подтипов хронической боли были разработаны множество методов количественной оценки боли и ее влияния на функции.

Еще более сложной задачей является оценка боли у пациентов, с которыми затруднен продуктивный контакт, например у пациентов с когнитивным дефицитом и деменцией.

13.1.5.1. Острая боль

Для оценки интенсивности острой боли широко используются **визуальная аналоговая шкала (Visual Analog Scale, VAS)** и **цифровая рейтинговая шкала (Numerical Rating Scale, NRS)**, которые в равной степени чувствительны для определения острой послеоперационной боли. Менее чувствительной является **четырёхзначная категориальная вербальная шкала (Verbal Rating Scale, VRS)**. Все эти три шкалы предназначены для *определения субъективного ощущения пациентом боли в момент исследования*. Они могут использоваться для определения динамики интенсивности боли в течение 24 часов или недели, однако следует учитывать, что воспоминания о боли могут быть неточными и часто могут быть искажены благодаря влиянию прочих обстоятельств.

После хирургических операций оценка интенсивности острой боли в покое важна для обеспечения комфорта для пациентов в постели. Однако еще более важным является определение интенсивности боли при движении, при глубоком дыхании, кашле, поскольку такая боль может приводить к иммобилизации, которая, в свою очередь, связана с повышенным риском сердечно-легочных и тромбозмобилических осложнений после операции, а также с риском хронической гипералгической послеоперационной боли. Последняя представляет серьезную проблему для здоровья приблизительно у 1% пациентов и менее серьезную, но длительно беспокоящую проблему, приблизительно для 10% пациентов.

У ряда пациентов необходима оценка нейропатического компонента послеоперационной боли. Изменения модулирующих механизмов центральной нервной системы могут привести к сенситизации спинного мозга. Это может привести к развитию хронической нейропатической послеоперационной боли.

13.1.5.2. Хроническая боль

Хроническая боль оказывает существенное влияние на физические, эмоциональные и когнитивные функции. Оценка хронической боли является более сложной и важной задачей, чем оценка острой боли, и требует изучения анамнеза боли, физического обследования и проведения специфических диагностических тестов.

Общий медицинский анамнез важен при изучении хронической боли. Часто удается выявить сопутствующие заболевания, которые вносят вклад в общий болевой комплекс. Специфический анамнез боли должен определить локализацию, интенсивность, динамические характеристики боли и возможные патофизиологические и этиологические характеристики.

Таблица 15

Оценка хронической боли
(составлена на основе работы Breivik H., Borchgrevink P.C., Allen S.M., et al, 2008)

| Оценка хронической боли | |
|---|---|
| Специфические диагностические исследования | |
| Количественный сенсорный тест (Quantitative Sensory Testing, QST) | Специфические и хорошо определенные сенсорные стимулы для определения порога болевой чувствительности и толерантности к боли. |
| «Сенсорный тест бедного человека» | Для проведения теста нужны: холодная вода в стеклянной трубке для определения холодовой аллодинии – Ад- и С-волокон, стеклянная трубка, наполненная теплой водой с температурой около 40°С (для определения тепловой аллодинии – С-волокон), комочек ваты и кисточка для определения механической аллодинии, и тупая игла для определения гипералгезии и временной суммации болевых стимулов. |
| Диагностика нарушения нервной проводимости | |
| Фармакологические тесты | |

| Рентгеновское исследование, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография | |
|---|---|
| Методы количественной оценки | |
| Краткая Оценка Боли (Brief Pain Inventory, BPI). | Предназначена для определения тяжести боли и ее влияния на различные аспекты жизни (общая активность, ходьба, нормальная работа, отношения с другими людьми, настроение, сон и наслаждение жизнью), причем для оценки каждого компонента ней используются от 0 до 10 баллов NRS. Поскольку интенсивность хронической боли часто изменяется в течение суток, пациента просят оценить ее в настоящий момент, в момент ее наибольшей и наименьшей интенсивности, а также среднее значение в течение 24 часов. Фиксируются локализация боли на схематичном изображении тела и характеристики боли. Также отмечается то, как пациент оценивает эффективность лечения боли, которое он получает в настоящий момент. |
| Опросник Боли МакГилл (McGill Pain Questionnaire, MPQ) | Определяет сенсорные, аффективно-эмоциональные и другие аспекты болевого состояния пациента. Состоит из 11 сенсорных и четырех аффективных вербальных характеристик. Пациента просят оценить каждую из характеристик по шкале от 0 до 3. Высчитываются три параметра боли: сенсорный, аффективный и общий компоненты. Пациента также просят определить интенсивность боли в настоящий момент по пятибалльной шкале и VAS. |
| Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Sign, LANSS) Шкала Оценки Качества Боли (Pain Quality Assessment Scale, PQAS) | Специализированные шкалы для оценки нейропатической боли. PQAS позволяет дифференцировать ноцицептивные и нейропатические болевые состояния. |

13.1.5.3. Определение интенсивности боли у пациентов, с которыми затруднено общение

В случае если пациент не может самостоятельно рассказать о той боли, которую он испытывает, ее интенсивность оценивают по косвенным признакам.

Таблица 16

Определение интенсивности боли у пациентов, с которыми затруднено общение (составлена на основе работы Breivik H., Borchgrevink P.C., Allen S.M., et al, 2008)

| Определение интенсивности боли у пациентов, с которыми затруднено общение | | |
|--|---|---|
| Название метода | Для кого применяется | Параметры изучения |
| Шкала боли COMFORT | Оценка боли у младенцев и маленьких детей без сознания и находящихся на искусственной вентиляции легких | Оцениваются девять показателей: <ul style="list-style-type: none"> • тревожность • беспокойство и агитация • дыхательные нарушения • плач • физическая подвижность, • мышечный тонус • мимический тонус • артериальное давление • ЧСС. Каждый показатель оценивается по шкале от 1 до 5. Суммарное значение может варьировать от 9 до 45. Значения от 17 до 26 в общем свидетельствуют об адекватной седации и обезболивании |
| «Лицо-Ноги-Активность-Плач-Утешаемость» | Младенцы и дети до 7 лет | Боль оценивается по пяти поведенческим признакам, соответственно – выражению лица, движению ног, подвижности, плачу и утешаемости. |
| CRIES | Новорожденные с 32 недель гестационного возраста до 6 месяцев. | Каждый из пяти показателей (плач, потребность в кислороде при сатурации ниже 95%, повышение АД и ЧСС, выражение лица и сон) оценивается от 0 до 2 баллов |
| Mobilization-Observation-Behavior-Intensity-Dementia Pain (MOBID) | Определение боли у пожилых пациентов с деменцией. Используется персоналом домов пре- | Шкала основана на оценке поведения пациента при выполнении стандартизованных движений различных частей тела и оценке болевого поведения, связанного с кожей, головой, внутренними органами и головой |

Инициатива по Методам, Измерениям и Оценке боли в Клинических Исследованиях (**The Initiative on Methods, Measurement, and Pain Assessment in Clinical Trials, IMMPACT**) рекомендует оценивать в исследованиях **шесть ключевых позиций**:

1. **Боль – оценивается по NRS (0-10)**. Снижение интенсивности боли на 10 – 20% считается минимальным значимым, умеренно значимым считается снижение интенсивности боли на 30%, а снижение более, чем на 50% считается существенным облегчением боли.

2. **Физические функции** оцениваются с помощью специфического раздела **шкалы краткой оценки боли (BPI)**. Улучшение на один показатель считается минимально эффективным.

3. **Эмоциональные функции** оцениваются по шкале депрессии Бека (**Beck Depression Inventory**). Снижение более чем на пять пунктов считается клинически значимым. Общее нарушение настроения оценивается по профилю эмоционального состояния и считается клиническим при снижении на 10–15 пунктов.

4. **Оценка пациентом эффективности лечения** считается значимым если пациент оценивает эффект лечения как «минимальное улучшение», умеренно значимым, если оценивает как «значительное улучшение» и существенным, если оценивает как «очень значительное улучшение».

5. **Прочие симптомы и побочные реакции**, связанные с лечением.

6. **Характеристики пациентов** в соответствии с рекомендациями **CONSORT**.

13.1.6. Влияние этнокультурных особенностей на восприятие и переживание боли

Как указывает Г.Р. Хайдарова (2011), для исследования связи боли и культуры используются социологические данные: например, этнологический опрос 56 медсестер (из Кореи, Японии, Тайваня, Таиланда, Пуэрто-Рико, и США, всего 556 человек), которые должны были оценить по 7-ми бальной шкале силу телесной боли и психологической нагрузки своих пациентов.

Результаты были неожиданными: азиатская группа медсестер думала, что пациенты страдают относительно сильными телесными болями (медсестры из США из северо-европейского культурного слоя выдали меньшие оценки). Это, казалось бы, опровергает предрассудки об азиатском стоицизме. Но недоразумение коренится в том, что в азиатских культурах страдающему, хотя и приписывают высокую степень чувствительности, но требуют от него высокой степени контроля за формами выражения, тогда как в США ожидают, что выражение и чувство конгруэнтны. Психическая нагрузка оценивается корейскими и пуэрториканскими медсестрами относительно высоко, а тайландскими и тайваньскими сестрами низко. Во всех 6 группах опрошенных медсестер психическое страдание (psychological distress) оценивалось выше, чем физическая боль. В отношении гендерных различий также единогласно считается, что от мужчин следует ожидать большей толерантности к физической боли, не к психической. В отношении детей, азиатские группы приписывают старым людям более сильные боли, затем следуют взрослые и дети. Пуэрториканцы приписывают взрослым наибольшие боли, а американцы самые сильные боли приписывают детям. В случае психической нагрузки все группы указали детей как наименее подверженных психическим переживаниям. Тезис авторов о том, что разные культуры транслируют различные установки по отношению к боли и ее оценки, полностью подтвердился. Это вызывает следующий вопрос, как медицинский персонал ведет себя по отношению к пациенту другой культуры. Например, большинству американских сестер европейского культурного происхождения, присуще умаление значения боли, пренебрежение к ней. Это сказывается на обращении с пациентами, особенно с теми, которые не разделяют их оценки боли. Этот вывод подтверждают другие социологические исследования, а именно, что «белые пациенты скорее готовы бороться с болью и терпеть ее».

13.1.7. Влияние гендерных особенностей на восприятие и переживание боли

International association for the study of pain в 2010 году отмечала, что женщины чаще пользуются услугами системы здравоохранения при всех видах заболеваний, и у них при определенных обстоятельствах чаще возникает боль. Отмечено, что женщины чаще жалуются на боль и выражают дистресс сильнее, чем мужчины. Также отмечено, что женщины в тяжелой социально-экономической ситуации подвержены более высокому риску возникновения боли.

С биологических позиций женские особи более чувствительны к экспериментально вызванной боли (более низкие пороговые значения) и менее терпимы к болевым раздражителям по сравнению с мужскими особями. Многочисленные исследования показали, что женские гормоны и их колебания в

течение жизни или в течение месяца играют существенную роль в восприятии боли. Кроме того некоторые генетические факторы, уникальные для женщин, могут влиять на болевую чувствительность и/или метаболизм отдельных веществ.

Психологически женщины также отличаются от мужчин, если рассматривать стратегии преодоления стресса и выражение боли. В одном из исследований женщины, страдающие артритом, испытывали боль на 40% чаще, чем мужчины, и боль была более сильная. Однако они применяли больше активных стратегий преодоления: говорили о боли, было больше невербальных проявлений боли (мимика, потирание больного места), они искали духовной поддержки, задавали больше вопросов о боли. Одно из объяснений различий в способностях справляться с проблемой связано с большей ролью женщин в заботе о семье. Вероятно, именно это заставляет женщин задавать вопросы и искать помощь, чтобы поддерживать себя или семью в хорошем состоянии.

13.2. ПРОБЛЕМА БОЛИ ПРИ ОЖОГАХ.

ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ ИЗУЧЕНИЯ И КОРРЕКЦИИ БОЛИ ПРИ ОЖОГАХ

13.2.1. Актуальность проблемы ожогов

Мы уже говорили об актуальности изучения ожоговой травмы. Ожоги представляют глобальную проблему в области здравоохранения – по оценкам, в мире ежегодно происходит 195 000 случаев смерти от ожогов. В связи с этим преимущественно в медицинской литературе имеется много работ, посвященных вопросам диагностики, патоморфологии, психических нарушений, фармакологии ожоговой болезни и т.д. **Однако проблема боли при ожогах в литературе освещена очень фрагментарно.**

Приведем данные, с которыми мы имели возможность ознакомиться.

13.2.2. Проблема боли при ожогах

13.2.2.1. Особенности болевого синдрома при ожогах

Все виды ожоговых повреждений сопровождаются болью.

Castana O. et al., 2009 отмечают, что **ожоги первой степени** (поверхностные ожоги) затрагивают только эпидермис, но вызывают слабую боль и дискомфорт, особенно при соприкосновении чего-либо с поврежденным участком.

Ожоги второй степени могут вызывать боль различной интенсивности в зависимости от степени повреждения дермы. Наиболее болезненны ожоги, при которых повреждается поверхностный слой дермы. Даже ток воздуха над поврежденной поверхностью вызывает у пациента мучительную боль, т.к. нервные окончания без эпидермиса «обнажены». По мере развития воспалительного процесса боль также возрастает.

При более глубоких ожогах в течение первых дней картина боли более сложна. При воздействии на поврежденные участки острыми предметами (напр. булавочный укол) не наблюдается практически никакой реакции (или реакция полностью отсутствует). Тем не менее, пациенты жалуются на сильную боль, вероятно, связанную с воспалением. Эти ожоги похожи по болевому ответу на более глубокие ожоги, когда дерма со сложной сетью нервных окончаний полностью уничтожается. В таком случае **поврежденный участок полностью нечувствителен к болевым воздействиям, но пациенты жалуются на тупую или давящую боль в области ожога.** Когда омертвевшая ткань, т.е. струп, сходит и замещается грануляциями, пациент начинает вновь ощущать острую боль при болевых воздействиях (Castana O., 2009).

Итак, ожоговые повреждения тесно связаны с болью.

13.2.2.2. Факторы, влияющие на выраженность болевых ощущений при ожогах

Castana O. et al., 2009 выделяют **ряд факторов**, влияющих на степень болевых ощущений, которые можно разделить на две категории: **внешние факторы и факторы, связанные с пациентом.**

Внешние факторы. Боль зависит от: местного лечения ожога, перевязок, постели, положения больного в пространстве, процесса заживления ожога, проведенных хирургических операций.

Факторы, связанные с пациентом. Боль зависит от: самого ожога (глубина, площадь, причина, возраст пациента), общего состояния пациента (сахарный диабет уменьшает боль, неврологические заболевания ее повышают).

Фисталь Э.Я. и соавт., 2006 отмечают, что **важной особенностью болевого синдрома у обожженных является его различие при глубоких и поверхностных ожогах.** При поверхностных ожогах с сохранением сосочкового слоя кожи и глубоких формаций, органоидов кожи: желез, нервных окончаний-рецепторов, болевой синдром выражен сильнее, чем при глубоких, когда погибает воспринимающий боль аппарат кожи. При глубоких и обширных ожогах на первый план выступает нарушение функции жизненно важных органов и систем в связи с падением ОЦК, гипоксией, анемией и нарушением функции ЦНС. Только после коррекции этих нарушений восстанавливается сенсорная часть болевого синдрома. Поэтому если говорить о силе боли, то она изначально сильнее при поверхностных ожогах, что может являться одним из субъективных дифференциально-диагностических признаков глубины поражения.

В 1953 г. Hamburg D.A. указывал, что боль при ожогах имеет во многом эмоциональное, а не физическое происхождение. Andreassen N.I.C., 1972 отметила, что просьба обезболить – часто означает просьбу успокоить. В 1980 г. Klein R., Charlton I.E., 1980 выделили боль как серьезную проблему для половины больных и экспериментально доказали, что боль не связана с физическими характеристиками травмы и что хорошее самочувствие встречается чаще, чем можно было бы ожидать. Правда, объяснений авторы не дали.

Косвенное подтверждение этому можно найти у Choiniere M., Melzack R et al, 1990. Они сравнили оценку боли пациентами и медсестрами. Медсестры должны были оценить уровень боли у пациентов и достаточность проводимой анальгезии. Оценки давались по визуальным и вербальным шкалам. Результаты обнаружили малозначимые корреляции между оценками медсестер и пациентов. Часто медсестры оценивали или недооценивали боль пациента. На правильную оценку боли медсестрами оказывает влияние длительность (опытность) работы в ожоговом центре.

Blew A.F., Patterson D.R. et al., 1989, применяя когнитивные и поведенческие приемы в первые дни после ожога, обнаружили, что облегчение боли приносили три поведенческих приема: 1. Просмотр телепередач (слушание радио), 2. Сон (как наиболее эффективный прием), 3. Разговоры о боли; и один когнитивный прием: думание о чем-либо ином. Dobkin de Rios M., Achauer B.M., 1991 указывают на возможность облегчения боли у пациентов путем применения культуральных метафор.

Многие авторы указывают на двойную – психогенную и соматогенную природу психологических и психических нарушений при ожоговой болезни. Этому вопросу посвящены работы Гельфанда В.Б. и Николаева Г.В., 1980, и Николаева Г.В., 1990, последний посвятил этому свою диссертацию.

В периоде токсемии характерны реципрокные взаимоотношения экзогенных и психогенных расстройств: чем сильнее интоксикация, тем массивнее экзогенные расстройства и тем меньше выявляются психогенные расстройства. Уменьшение интоксикации приводит, наоборот, к усилению психогенной симптоматики.

Авторы отмечают, что больной начинает понимать, что болезнь будет длительной, возникают реальные опасения за свою внешность, трудоспособность, он беспомощен и полностью зависит от посторонней помощи. На перевязках он видит свои раны, слышит высказывания медицинского персонала, узнает о смерти пациентов с подобными состояниями; все это вызывает разнообразные психогенные расстройства, из которых наиболее часто встречается депрессивный синдром.

В настоящее время становится ясно, что соматические факторы (повреждение тканей) неотделимы от психологических. С учетом социальных влияний на восприятие боли эти факторы образуют ядро современной биопсихосоциальной концепции боли. Иногда соматические структуры совершенно нормальны и невозможно найти повреждение или физиологическую или нервную дисфункцию, которая была бы потенциальным источником боли. Психологические факторы играют такую же важную роль в преодолении боли, как и воздействие на физическую причину. Современные исследования плацебо неоднократно подтвердили это утверждение. В западной медицине боль часто рассматривается как нейрофизиологическая реакция на стимуляцию ноцицепторов, интенсивность боли зависит от интенсивности стимуляции. Врачи только начинают рассматривать психогенные факторы как одну из составляющих в случаях, если причину боли нельзя полностью объяснить соматическими причинами (Gretchen J., 2007).

Очень важной особенностью болевого синдрома у тяжело обожженных является действие одновременно с болевым раздражителем психологического и эмоционального факторов, когда обожженный оказывается участником неприятных, а иногда и крайне изначально опасных для жизни обстоятельств: травма во время пожара, гибель близких, имущества и т.д. Одно из наиболее тяжелых воздействий оказывают обстоятельства травмы, полученной во время взрыва или пожара в автомобиле, поезде, квартире, в замкнутом пространстве, особенно в угольных шахтах на большой глубине, когда перед пострадавшим сразу возникает вопрос о сохранении жизни.

Не менее важной проблемой у обожженных является проблема прекращения боли и предупреждение ее в процессе лечения (Фисталь Э.Я. и соавт, 2006).

13.2.2.3. Виды боли при ожогах

13.2.2.3.1. Острая боль

– возникает в начале, при получении травмы, четко локализуется в месте травмы. В последующем она может повторяться при транспортировке, перевязках, операциях и т.д. Стихает по мере заживления ран и прекращается только после полного восстановления кожного покрова. (Фисталь Э.Я. и соавт, 2006).

2.2.3.2. Хроническая боль

– у тяжело обожженных поддерживается на всем протяжении лечения повторяющимися вмешательствами и лечебными мероприятиями. В дальнейшем поддерживается процессами, происходящими как в самих ранах (воспаление, нагноение и др.), так и в органах и системах при осложнениях ожоговой болезни. Следует отметить чувство страха боли перед перевязками (операциями), которое постоянно испытывают обожженные, особенно дети. (Фисталь Э.Я. и соавт, 2006).

Gretchen J. Summer et al (2007) отмечают, что хроническая боль при ожогах может оставаться серьезной проблемой даже спустя многие годы после излечения от ожога. В одном из исследований 52% респондентов сообщали о сохраняющейся на месте ожога боли спустя в среднем 12 лет после ожога. Другие исследования также указывают на то, что боль, не проходящая в течение многих лет после ожогов, является серьезной проблемой. Жалобы на хроническую боль обычно впервые появляются на стадии реабилитации. Изначально она может выглядеть как гипер или гипочувствительная область, которая впоследствии входит в состав залечившейся области. Хотя гиперчувствительность в только что образовавшейся коже встречается часто, она часто зависит от расположения, в частности кожа черепа, подмышек, промежности, ладоней и ступней сохраняет повышенную чувствительность до года после ожога).

Особенностью хронической боли у обожженных является отсутствие четкой ее локализации, при этом может меняться поведение пострадавшего, могут развиваться психоэмоциональный стресс, депрессия.

При обширных ожогах у тяжело обожженных присутствуют оба вида боли. В отличие от хирургической боли, которая постепенно спадает, боль при ожоговой травме очень изменчива и со временем может усиливаться.

Gretchen J. Summer et al (2007) выделяют следующие виды боли:

13.2.2.3.3. Процедурная боль

Боль при процедурах (первичная механическая гиперальгезия) наиболее сильная и наиболее часто недооценивается медперсоналом. Пациенты описывают боль при процедурах как горение и жжение, это ощущение может уменьшаться, но может сопровождаться скачкообразной острой болью в течение часов после окончания перевязок и физиотерапии.

Хирургическая обработка раны, перевязки и прочие манипуляции, затрагивающие уже воспаленную ткань, могут усиливать боль и воспаление в ожоговых ранах. К тому же, некоторые расположения обожженных конечностей (напр. ниже уровня сердца) могут усиливать мучительную, пульсирующую боль, вызванную, как считается, давлением, связанным с расширением вен в воспаленной отечной ткани. Эти наблюдения, впрочем, основаны на клиническом опыте и требуют изучения. Часто этот вид боли вызывает сильную тревожность и дистресс.

Помимо медикаментозной терапии, для уменьшения боли, а также связанной с ней тревожности и дистресса, могут использоваться и нелекарственные методы лечения, в том числе когнитивные терапия (например отвлечение внимания и его фокусировка), бихевиоральные техники (обучение поведенческим приемам и/или превентивная информация о возможных поведенческих проблемах), информация о проведении манипуляций, разные виды гипнотерапии, бихевиоральные и когнитивные техники с привлечением постгипнотических способов релаксации; альтернативная медицина (массаж, акупрессура). Из них была показана эффективность гипноза, музыки и виртуальной реальности (отвлечение от реальности) в плане уменьшения боли и/или связанной тревожности и дистресса как дополнение к опиоидной анальгезии во время перевязок. (Gretchen J. et al., 2007).

Данилов А.Б., Гак С.Е., Голубев В.Л. указывали на роль виртуальной реальности: психологический фактор может оказывать влияние даже на количество болевых сигналов, достигающих коры мозга (теория «воротного контроля» боли была предложена неврологами Ronald Melzack и Patrick D. Wall еще в 1960-х гг). Т.к. количество информационных стимулов, которые мы можем обрабатывать

одновременно, ограниченно, именно внимание позволяет нам выбрать только необходимую в данный момент информацию для обработки мозгом. В то время как пациент «занят» ВР, его внимание не фокусируется ни на ране, ни на болевых ощущениях, а полностью поглощено виртуальным миром. Поскольку меньше внимания уделяется обработке поступающих болевых сигналов, снижаются и субъективные болевые ощущения пациента, а также уменьшается количество мыслей о боли во время перевязок. Таким образом, анальгетический эффект ВР можно объяснить тем, что при выполнении физических манипуляций внимание пациентов полностью переключается с болевых ощущений в реальном мире на развлечения в виртуальном. Находясь в ВР, пациенты отмечают снижение болевых ощущений с небольшими побочными эффектами или даже без них. В большинстве случаев вероятность возникновения болезни движения при использовании ВР минимальна (исключение составляют пациенты с выраженной степенью болезни движения в анамнезе – примерно 5% в популяции), т.к. в данной технологии применяется высококачественное оборудование. Именно поэтому, в отличие от опиоидных анальгетиков, побочные эффекты которых (сонливость, потеря аппетита, вялость и апатия) могут сохраняться в течение длительного времени после их назначения, использование методов ВР практически не сопровождается какими-либо побочными действиями.

Gretchen J., Summer et al., 2007 указывают, что есть предположения, что гипноз, который оказался эффективным для пациентов с сильной болью, обусловленной мотивационными факторами, может сочетаться с виртуальной реальностью, чтобы оптимизировать общий полезный эффект. Предварительные исследования подтверждают это предположение. Однако нефармакологические вмешательства могут и вредить. Было отмечено, что однократная встреча с психологом повышает симптомы травматического стресса как у ожоговых, так и у других групп больных. Кроме того, комбинирование фокусировки внимания (т.е. «прислушивание» к ощущениям во время процедур) с игнорированием повышает проявления травматического стресса у ожоговых больных. Группа, которую обучали использовать две поведенческие стратегии преодоления (в то время как другую обучали использовать только одну стратегию), включая избегание (т.е. игнорирование) и фокусирование внимания, во время перевязок сообщала о большем количестве симптомов травматического стресса по сравнению с контрольной не обучавшейся группой.

13.2.2.3.4. Фоновая боль

Обожжённые с высокой тревожностью также чаще сообщают о фоновой боли. Как и при боли при процедурах, фоновая боль после ожога может быть разной интенсивности. Ее характеризует длительность, относительное постоянство и интенсивность от невысокой до средней. Обычно описывается как продолжительная жгучая или пульсирующая боль, которая присутствует даже когда пациент относительно неподвижен (Gretchen J., Summer et al., 2007).

13.2.2.3.5. «Прорывная» боль

Как и послеоперационные пациенты, ожоговые больные испытывают временное усиление болей, зачастую связанное с движением, которое называют «прорывной болью». Ожоговые больные отмечают также спонтанное появление «прорывной боли», которое может быть связано как с изменением механизмов боли с течением времени, так и с некорректной дозировкой, когда содержание анальгетика в организме опускается ниже уровня, необходимого для обезболивания. Пациенты этот вид боли часто описывают как жалящий, колющий, стреляющий и стучащий.

Хотя боль, связанную с первичной механической гипералгезией, можно отнести к процедурной, ее обычно относят к прорывной.

Механическая гипералгезия этой природы особенно выражена после долгих периодов неподвижности у пациентов с ожогами в области суставов и/или конечностей. Для эффективного обезболивания необходима борьба отдельно с процедурной, фоновой и прорывной болью в случае каждого ожогового больного, с необходимой корректировкой в ходе лечения (Gretchen J., Summer et al., 2007).

Frances A. Taylor., 2008 отмечает, что боль от ожогов может быть мучительной и сохраняться на месте повреждения в течение долгого времени после излечения ожога..

13.2.3. Механизмы боли при ожогах

Gretchen J., Summer et al., 2007 описывают следующие возможные механизмы боли при ожогах.

При глубоких ожогах термическое воздействие вызывает дегрануляцию и демиелинизацию первичных афферентных аксонов. Макрофаги вторгаются в дегенерирующий нервный «обрубок», разрушая миелин и аксональные остатки, но оставляя нетронутой базальную пластинку при Валерровой

дегенерации (Валлерова дегенерация – процесс разрушения участка аксона, отделённого от основной части нейрона при разрыве. После повреждения в месте разрушенного аксона размножаются шванновские клетки, а с центрального конца поврежденного аксона начинается рост вдоль этих клеток (если концы поврежденного нервного волокна были сопоставлены). Концы аксонов, не "нашедшие" свой "конец", утолщаются, образуя неврому. Неврома может быть источником болей у больного).

К тому же, иссечение струпа, хирургическая обработка омертвевших тканей и дальнейшая ишемия ткани, окружающей ожог, вызывает повреждение периферических нервов. Термин «фантомная кожа» был предложен в связи с наблюдениями, что ожоговая боль часто устойчива к опиоидам, как и нейропатическая боль.

Периферическая потеря крупных волокон в ожоговом шраме и пересаженной ткани может давать свой вклад в появление нейропатической боли, что согласуется с теорией воротного контроля. Степень дегенерации может также сказываться на хронической боли при ожогах. Пациенты как правило сперва жалуются на онемение и покалывающую парестезию, которые впоследствии дополняются болью. В местах термических ожогов было показано, что нейроны полностью отсутствуют в ткани через два дня после ожога и недоступны для обнаружения по прошествии 10 дней. По мере регенерации поврежденных нейронов может появляться аномальная эктопическая возбудимость возле или в месте повреждения нерва из-за необычного распределения натриевых (Na^+) каналов и аномальных реакций на вещества, вызывающие эндогенную боль, включая цитокины, такие как фактор некроза опухоли-альфа (внеклеточный белок, многофункциональный провоспалительный цитокин, образующийся в основном моноцитами и макрофагами. Влияет на липидный метаболизм, коагуляцию, устойчивость к инсулину, функционирование эндотелия, активирует лейкоциты. Избыточная продукция вызывает расстройства гемодинамики (снижает сократимость миокарда, минутный объем крови, диффузно увеличивает проницаемость капилляров), цитотоксический эффект на клетки организма). Стойкая патологическая возбудимость чувствительных нервных окончаний при травматической невrome, большое количество неопухолевых Шванновских клеток и нейритов, которые могут развиваться на проксимальном конце поврежденного нерва, считаются механизмом болей, которые появляются после ампутаций и также могут быть причиной формирования хронической боли при ожогах.

Местные повреждения нервов стремятся распространиться на отдаленные части периферической и центральной нервной системы. Например, было отмечено, что повреждение нейронов на периферии вызывает изменения в спинном мозге, что, в свою очередь, может вызывать нейропатическую боль. Из этого следует, что повреждение чувствительных нейронов может быть механизмом, вызывающим нейропатическую боль при ожогах, однако этот вопрос не изучался.

Другой причиной хронических болей после глубоких ожогов может быть распространенная практика тангенциального или фасциального иссечения струпа, связанного с этими повреждениями. Эта манипуляция может повреждать незатронутые периферические афферентные ноцицепторы. Также представляется вероятным, что регенерация нейронов по краям раны может влиять на боль при ожогах.

Несколько исследований проводилось по изучению нервной регенерации в аутотрансплантате человека и восстанавливающейся коже после ожога. Из них только в одном исследовании сравнивались образцы, полученные у одних и тех же пациентов, давая возможность отслеживать изменения контрольного участка кожи у одного и того же пациента с течением времени. Чувствительность к уколу булавкой, теплу, прикосновению и вибрации оказалась значительно снижена в ткани, пересаженной после ожога, причем тепловой порог показывал наибольшую степень функционального восстановления. Эти данные коррелировали с гистологическим анализом образцов биопсии кожи, взятых из того же места, которые показал значительное уменьшение числа аксонов (на 54 %), иннервирующих дерму и эпидермис в пересаженной коже по сравнению с контрольными образцами кожи. Нужно отметить, что число нейронов, выделяющих субстанцию Р было значительно повышено в области аутотрансплантата и, по всей видимости, коррелировало с сообщениями пациента о зуде и боли. Т.о. восстановление чувствительности может зависеть от размера волокон в пересаженной коже, увеличено число волокон, содержащих субстанцию Р, но общее число волокон уменьшается. Эти данные подтверждают гипотезу, что безмиелиновые волокна имеют большую способность проникать в рубцовую ткань и иннервировать пересаженную кожу. Однако не было выявлено никакой корреляции между этими данными и интенсивностью боли. (Gretchen J. Summer et al., 2007).

J. F.A. Low., 2007 отмечает, что безмиелиновые волокна передают информацию, связанную с болью и зудом, что может быть одним из объяснений, почему после заживления ожога шрамы продолжают чесаться, впрочем, другие исследования показывают, что чувствительность кожи после ожога снижается.

Low J. F.A., 2007 сообщает, что в течение долгого времени считалось, что зуд передается по тем же путям, что и боль, но недавние исследования показали, что зуд имеет собственные нервные пути. Были выявлены нервные окончания, отвечающие за зуд. Их активность может быть «заблокирована» болью (напр. чесанием). Это также означает, что опиоидные обезболивающие могут «разблокировать» их и, следовательно, усилить зуд. Чесание может повреждать новую кожу и усиливать местное воспаление, которое тоже будет **усиливать** зуд и, следовательно, процесс восстановления затянется.

В связи с этим, мы высказываем собственную идею: боль обладает защитной функцией. Если рецепторы зуда блокируются болевыми (а зуд должен быть, т.к. образуется новый эпителий) то боль как бы предохраняет новую кожу от сдирания и ускоряет выздоровление.

13.2.4. Основные научные модели для изучения боли при ожогах

Для изучения боли при ожогах доступно лишь небольшое число научных моделей. Gretchen J., Summer et al., 2007 сообщают, что, хотя предлагались человеческие модели, у человека трудно разделить механизмы боли при ожогах. В последнее время появились модели на животных, что позволяет разграничить сложные механизмы, влияющие на интенсивность и изменчивость боли при ожогах с течением времени.

В экспериментах на животных были выявлены такие важные медиаторы при острой гипералгезии вследствие ожога, как протеин-киназа С-эпсилон (PKC) и нейротрофины, в том числе фактор роста нервов (NGF).

Было обнаружено, что у крыс PKC предрасполагает к развитию хронической гипералгезии в ранне излеченном месте воспаления, а NGF вызывает гипералгезию в неповрежденной коже после ожога. NGF также обнаруживается в новообразованных эпителиальных клетках по краям повреждения. Изучение периферических механизмов хронической боли после ожогов является одним из направлений будущих исследований.

13.2.5. Лингвистический аспект

Для обеспечения эффективного обезболивания необходимо точно понимать, что имеет в виду пациент, когда описывает боль при ожоге, используя те или иные слова или выражения. Установление связи между используемым словом и типом и/или интенсивностью боли позволило бы повысить уровень медицинской помощи. Особенно значим этот аспект в случае этнокультурных различий. Тем не менее, этот аспект практически не рассматривается, хотя встречаются указания на необходимость его учета (Pain and Suffering <http://www.suffering-pain.net>).

13.2.6. Лечение боли (фармакология, хирургические методы)

По данным International association for the study of pain для лечения боли (не только ожоговой) используются лекарственные препараты различных классов, в том числе анальгетики, противосудорожные препараты, антидепрессанты, опиоиды.

Анальгетики включают большинство болеутоляющих средств, например, аспирин, ацетаминофен и ибупрофен, находящихся в свободной продаже, которые применяются при боли от слабой до умеренной интенсивности. Рецептурные болеутоляющие используются при боли от умеренной до сильной.

Противосудорожные препараты обычно используются при лечении двигательных расстройств, но иногда применяются в лечении боли. *Антидепрессанты* относят к психотропным препаратам. Вместе с успокоительными препаратами и мышечными релаксантами их используют как болеутоляющие.

Опиоиды обладают наркотическим действием, вызывая успокоение и обезболивание. Наиболее известен морфин, применяющийся в различных формах. Однако возможность возникновения физической зависимости является проблемой в применении опиоидов.

Лечение боли у детей часто сталкивается с недостаточным обезболиванием, впрочем, определение точной дозировки проблематично как для детей, так и для взрослых. Эффективный контроль боли может быть затруднен из-за убеждения пациента, что боль можно. Часто для облегчения боли используются инъекции, нервные блокады и хирургическое лечение.

Инъекция – это либо обычное введение болеутоляющего средства, либо анальгетик (часто новокаин) и фенол вводятся непосредственно в болезненную область.

При создании нервных блокад применяют лекарственные препараты, химические вещества или хирургические вмешательства, чтобы разорвать путь, проводящий боль и связывающий определенные участки тела и мозга. Они могут включать иссечение сегмента нерва, перерезание нерва близко к спинному мозгу или симпатическую нервную блокаду. Хотя эти методы могут быть эффективными, функция нерва пропадает.

Хирургическое лечение также может применяться для избавления от боли, особенно при серьезных мышечно-скелетных повреждениях и болях в спине. Применяется в случаях, когда боль не поддается лечению другими методами. Тем не менее Frances A. Taylor, 2008 отмечает, что долгосрочного избавления от боли удается добиться достаточно редко, впрочем, в отдельных случаях результаты могут быть потрясающие.

13.2.7. Дополнительная терапия боли

International association for the study of pain (2010) указывает, что хотя как острая, так и хроническая боль могут быть сняты с помощью фармацевтических препаратов, однако они также поддаются контролю с помощью дополнительной терапии: акупунктура, массаж и т.д. за меньшую стоимость + меньше побочных эффектов.

ВОЗ рекомендует использование анальгетиков начиная от неопиоидных препаратов, заканчивая опиоидами для неконтролируемых и постоянных болей. Однако фармакологические препараты хотя и оказываются эффективными, но не всегда отвечают нуждам пациентов и могут давать тяжелые побочные эффекты. Кроме того, они зачастую имеют высокую стоимость. Т.о. пациенты часто встают перед выбором: жить с болью или с серьезными побочными эффектами.

Дополнительные виды терапии действуют благодаря прямому обезболивающему эффекту (акупунктура), противовоспалительному действию (травы), отвлечению (музыка) и т.д. Уменьшается болевая чувствительность, повышается настроение, улучшается сон. Методы эти могут работать и сами по себе, но зачастую их применяют вместе с лекарственными препаратами, уменьшая при этом дозировки и, следовательно, уменьшая побочные действия и стоимость. При сочетании этих методов с медикаментозной терапией, эффективность может повышаться, а стоимость – снижаться.

Mind-body therapies – обучение пациентов контролю над своим физиологическим состоянием, чтобы уменьшить боль, страх и т.д.

Гипноз – помогает пациентам расслабиться. Оказался эффективным при острой и хронической боли, ожогах, посттравматическом стрессе, аллергиях, некоторых проблемах кожи.

13.3. ВОЗМОЖНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ БОЛИ ПРИ ОЖОГАХ

Тематика данных направлений сформулирована нами (Лафи С.Г., Лафи Н.М., 2013) самостоятельно и (для компактности) представлена в виде таблицы.

Таблица 17

Возможные направления исследования боли при ожогах

| Возможные направления исследования боли при ожогах | | |
|--|---|--|
| | Направление | На чем основывается |
| 1. | Изучение влияния сохранности чувствительных нейронов на нейропатическую боль при ожогах | Повреждение чувствительных нейронов может быть механизмом, вызывающим нейропатическую боль при ожогах, однако этот вопрос не изучался. |
| 2. | Изучение влияния нервной регенерации в аутотрансплантате человека и восстанавливающейся коже после ожога на интенсивность боли | Число нейронов, выделяющих субстанцию Р было значительно повышено в области аутотрансплантата и, по всей видимости, коррелировало с сообщениями пациента о зуде и боли. Т.о. восстановление чувствительности может зависеть от размера волокон в пересаженной коже, увеличено число волокон, содержащих субстанцию Р, но общее число волокон уменьшается. Эти данные подтверждают гипотезу, что безмиелиновые волокна имеют большую способность проникать в рубцовую ткань и иннервировать пересаженную кожу. Однако не было выявлено никакой корреляции между этими данными и интенсивностью боли. (Gretchen J. Summer, 2007) |
| 3. | Формирование эмоциональных и поведенческих стимулов в раннем онтогенезе как фактор | В раннем онтогенезе боль играет роль обратной связи, фиксирующей переживание и изменяющей соответствующие проявления психической реальности ребенка. Доказано, что поведенческие и |

| Возможные направления исследования боли при ожогах | | |
|---|--|--|
| | Направление | На чем основывается |
| | устойчивости к боли у обожженных | эмоционально нормальные реакции на болевые стимулы не являются врожденными, они приобретаются в ходе развития. Если этот опыт не приобретен в раннем детстве, выработать соответствующие реакции позднее оказывается очень трудно. Так щенки, специально ограждаемые от вредных стимулов в первые восемь месяцев жизни, оказывались неспособными правильно реагировать на боль, например, они неоднократно "нюхали" огонь, а на глубокое погружение иглы в кожу отвечали лишь локальными рефлекторными вздрагиваниями. (имеет значение для детских ожогов) (Марютина Т. М., Кондаков И.М., 2004) |
| 4. | Зависимость боли от когнитивных оценок у обожженных | В онтогенезе формируется также и градация в оценке болевых ощущений (слабая, беспокоящая, сильная, невыносимая). Главное в этой оценке – сравнение боли, испытываемой в данный момент, с ранее пережитыми видами боли, т.е. текущее состояние измеряется относительно прежних переживаний, хранящихся в памяти и оценивается в свете накопленного опыта. Такую оценку можно рассматривать в качестве когнитивного компонента. В зависимости от результата этого сравнения психомоторный компонент боли будет выражаться по-разному: мимикой, стонами, жалобами, различными просьбами и т.п. Когнитивное суждение, вероятно, влияет и на степень проявления аффективного и вегетативного компонентов боли. Так, например, человек больше страдает от боли, которая, по его мнению, оказывает важное влияние на самочувствие, чем от такой же по интенсивности, но привычной и субъективно оцениваемой как безвредная. (Марютина Т. М., Кондаков И.М., 2004) |
| 5. | Изучение особенностей влияния комплекса факторов (обстоятельств возникновения боли, социального статуса, семейного воспитания и этнического происхождения) на переживание боли при ожогах | Жалобы человека на боль зависят от его социального статуса, семейного воспитания и этнического происхождения. Кроме того, на оценку боли оказывают решающее влияние те обстоятельства, при которых она возникает. Известно, что спортсмены на ответственных соревнованиях не испытывают боли даже от серьезной травмы, и, кроме того, им требуется существенно меньше болеутоляющих средств, чем людям, получившим такие же повреждения в обычных условиях. (Марютина Т. М., Кондаков И.М., 2004). |
| 6. | Выявление личностных факторов, определяющих реакцию на боль при ожогах | Не получено значимых корреляционных связей между поведением при боли и устойчивыми личностными чертами, например, экстраверсии и интроверсии. Иными словами, невозможно на основе знания личностных черт предсказать реакцию данного человека на боль. Поиск факторов, определяющих реакцию на боль продолжается (Марютина Т. М., Кондаков И.М., 2004). |
| 7. | Изучение фантомных болей при ожогах | Также к хроническим болям относятся т.н. «фантомные» боли в ампутированных конечностях. Повторяется более или менее регулярно. Часто становится серьезной проблемой для пациентов (Frances A. Taylor., 2008) |
| 8. | Изучение хронической боли при ожогах | С точки зрения сенсорной физиологии, у хронической боли нет прямой связи между ее интенсивностью и степенью органического повреждения (Голубев В.Л., Данилов А.Б, 2010; Gretchen J. Summer et al., 2007; International association for the study of pain, 2010). |
| 9. | Создание и разработка модели лечения хронической боли при ожогах | Хроническая боль при ожогах может оставаться серьезной проблемой даже спустя многие годы после излечения от ожога. В одном из исследований 52% респондентов сообщали о сохраняющейся на месте ожога боли спустя в среднем 12 лет после ожога. Предложение проанализировать проведенные диагностические исследования и на их основе подобрать консервативную терапию вместо хирургического лечения нередко вызывает у этих больных разочарование, скептицизм и недовольство. Нередки жалобы на то, что никто не может объяснить им причину боли. требуется изучение БУ с целью их коррекции в случае такой необходимости и получения максимально возможного эффекта от лечения. («Феномен боли в культуре» Г. Р. Хайдарова., 2011; Голубев В.Л., Данилов А.Б, 2010; Gretchen J. Summer et al., 2007; International association for the study |

| Возможные направления исследования боли при ожогах | | |
|---|---|--|
| | Направление | На чем основывается |
| | | of pain, 2010) |
| 10. | Боль при манипуляциях (на примере клиники ожоговых поражений) | Уменьшение этой боли имеет большую практическую значимость (Gretchen J. Summer et al., 2007) |
| 11. | Изучение переживания боли при хирургических вмешательствах с целью снятия боли. | Имеются единичные указания на возможный метод избавления от боли (хирург. блокада нерва) однако при ожоговой болезни метод не применяется и не исследован (Frances A. Taylor., 2008; International association for the study of pain, 2010), |
| 12. | Изучение этнокультурных и гендерных особенностей переживания боли у обожженных | Важно и для пациентов и для медперсонала с целью улучшения качества лечения (Николаев Г. В., 1991; International association for the study of pain, 2010). |
| 13. | Особенности поведения медицинского персонала ожогового отделения по отношению к пациенту другой культуры | Этика и деонтология (Николаев Г. В., 1991) |
| 14. | Влияние возрастных особенностей на восприятие и переживание боли обожженными | Необходимо изучать восприятие боли у детей. Существуют данные о разработанности методов исследования изучения боли у детей и взрослых, но говорится об отсутствии таких методов для пожилых обожженных (Breivik H., Borchgrevink P.C., Allen S.M., et al., 2008) |
| 15. | Переживание боли у ожоговых больных, имеющих сопутствующую патологию | Имеется эмпирический факт, что у пациентов, страдающих сахарным диабетом, интенсивность боли меньше. |
| 16. | Изучение семантических аспектов болевых ощущений. Связь слова, используемого пациентом для обозначения боли, с возможным типом боли. | Лингвистический аспект. Указывается на возможность облегчения боли у ожоговых пациентов путем применения культуральных метафор (Choinier M., Melzack R., Girard M., Rondeau J., Paguin M. J., 1990) |
| 17. | Проблемы фармакологического лечения и биохимических механизмов боли при ожогах | Огромная прикладная значимость |

Наша гипотеза: Боль – это сложное образование, проявляющее себя на разных уровнях функционирования человека (физиологическом, психологическом, социальном). Коррекция боли должна учитывать многообразие аспектов 1-17. Конечной целью возможного исследования боли при ожогах, на наш взгляд, должно являться создание как непротиворечивой теории боли при ожоговой болезни, так и создание комплексной терапии боли при ожоговой болезни с учетом изученных факторов

Проведенный нами анализ литературы показал, что проблема боли при ожогах мало изучена. Направления исследования боли при ожогах должны иметь мультидисциплинарный характер (необходимо изучать боль с точки зрения различных наук: медицины, физиологии, психологии и даже лингвистики). Проблема изучения боли остается чрезвычайно актуальной и в случае успешного решения позволит выйти на качественно новый и высокий уровень оказания медицинской помощи страдающему человеку.

14. ПРОБЛЕМА ДУХОВНОСТИ В СОМАТИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

Духовность есть высшее достижение человеческой души
(В.Ф. Войно-Ясенецкий).

Данный раздел написан совместно с Лафи Надя Муса (Лафи Н.М., Лафи С.Г., 2014).

Ситуация болезни – это не просто физическое заболевание, это серьезное жизненное испытание, которое по-иному заставляет взглянуть на собственную жизнь, на свое окружение и на будущее, задуматься о жизненных смыслах. Болезнь – своего рода лакмусовая бумажка, которая обнажает истинные, глубинные основы жизни человека, ведет не только к переоценке ценностей, но и возникновению новых ценностей, нового мирозерцания, рождает переломное, кризисное переживание, до предела обнажающее человеческую сущность и человеческие отношения.

Проблеме духовности в соматической клинике в последнее время уделяется много внимания, имеются указания, что духовные отношения в значительной степени оптимизируют состояние больных, способствуют более успешной реабилитации и интеграции в социум. Однако разработка вопросов, связанных с пониманием духовности, находится пока в стадии становления.

Нашей целью являлся анализ доступной нам медицинской литературы, связанной с проблемой духовности, выделение ключевых направлений исследований духовности в соматической клинике, возможные предложения дальнейших путей решения существующих проблем изучения духовности в соматической клинике

Анализ доступных литературных источников по проблеме духовности в соматической клинике был проведен с использованием электронной базы Пабмед и научной электронной библиотеки eLIBRARY.RU)

Результаты исследования

Единое определение духовности отсутствует. В зависимости от того, в каком контексте рассматривается проблема (культурном, философском, религиозном) исследователями акцентируются разные грани проблемы духовности.

Понятие культуры само по себе является культурно-обусловленным. Антон Пфайффер под культурой понимает совокупность передающихся из поколения в поколение опыта, представлений, ценностей, а также общественные порядки и способы поведения. Речь идет о категориях и правилах, при помощи которых люди интерпретируют свой мир и каким образом направляют свою деятельность. Артур Клейнманн отмечает, что культура состоит из локальных миров ежедневного опыта. Культура может быть понята из ежедневных примеров повседневных поступков (Карвасарский Б.Д., 1987). Мы будем использовать широкое понятие культуры, когда наряду с культурными аспектами, учитывает также этнические, национальные и расовые факторы.

На территории России проживает в настоящее время более 180 народов. В многонациональной России каждый пациент имеет друзей, знакомых, коллег и родственников из других культур, с которыми ежедневно общается. Это приводит к относительной открытости по отношению к другим концепциям и делает относительными собственные. Однако до сих пор имеется много пациентов, которые стоят на монокультурной точке зрения, мало общаются с иностранцами и не имеют почти никаких возможностей подвергнуть сомнению свои убеждения (Карвасарский Б.Д., 1987).

Исследователями отмечается, что понимание спектра современной духовности и практика межкультурного взаимодействия находится на ранней стадии (Holloway M., 2006).

В современном западном религиоведении духовность в наиболее общих чертах характеризуют как «жизнь, проживаемую в полноте уникального опыта внутренних переживаний человека, в которых могут присутствовать традиционные западные культурные символы» и другие значимые для человека образы. Как отмечает Айлин Баркер, духовность отличается от религиозности тем, что источником последней является внешний мир в виде предписаний и традиций, тогда как источником духовности является внутренний опыт человека (<http://ru.wikipedia.org/wiki/%C4%F3%F5%EE%E2%ED%EE%F1%F2%FC>).

Исследования, включающие категорию духовности как необходимый элемент изучения у соматических больных, относятся к больным, страдающим тяжелыми заболеваниями: ожоговая травма, онкология, СПИД (Kohler C., 1999, Sherrill K.A., Larson D.B., 1988, Wiechman Askay S., Magyar-Russell G., 2009). Рассмотрим некоторые из этих исследований.

На протяжении десятилетий изучение долгосрочной адаптации к ожоговым травмам принимало явно недостаточную модель фокусировки только на отрицательных эмоциях. Наличие положительных эмоций и позитивной адаптации к последствиям травмы при ожогах были практически проигнорированы. Однако клиницисты и исследователи других заболеваний и видов травм часто отмечали, что после травмы нередко наблюдаются позитивные эмоции и личностный рост. Этот рост происходит в таких областях, как придание большей ценности жизни, изменение приоритетов; более теплые, интимные отношения с другими людьми; повышенное чувство личной силы, признание новых возможностей и духовного развития. Кроме того, результаты обследования людей, переживших травму, сообщают, что духовные или религиозные убеждения играют важную роль в восстановлении больных, и советуют большему числу медиков обсуждать эти темы. Также есть свидетельства того, что у людей, переживших травму, и полагающихся на духовные или религиозные убеждения в качестве механизмов совладания (копинга) имеется больше возможностей для личностного развития и преодоления последствий травмы (Wiechman Askay S., Magyar-Russell G., 2009).

Пациенты, перенесшие ожог, часто указывают на широкие колебания в их способности справляться со стрессом как во время госпитализации, так и по мере выздоровления. Клинические исследования показали, что у некоторых из этих пациентов есть замечательная эмоциональная устойчивость, в то время как другие испытывают сильнейшую эмоциональную дезадаптацию, сопряженную с серьезными социально-психологическими последствиями. Многие исследователи пытались понять эти различия в надежде найти пути активизации процесса восстановления и улучшения долгосрочного результата. Исследователи единодушно отмечают, что когда ожоговым больным предоставлялась возможность рассказать о том, что помогает им справиться, они часто говорили о значении своей религиозной веры или Бога. Подчеркивается важность понимания взаимосвязи между существованием у пациентов религиозных убеждений и их способности справляться со стрессом, вызванным ожоговой травмой (Sherrill K.A., Larson D.B., 1988).

В исследовании Egan K. et al., 2011 путем индивидуальных и групповых интервью изучался опыт положительной медико-социально-психологической помощи 12 пациентам, имеющим внешневыраженную травму. Первостепенное значение для положительной медико-социально-психологической адаптации после травмы, помимо важности внешнего вида, личностного роста, отношений с другими людьми, имели такие факторы преодоления как внутренняя сила личности, позитивный настрой, использование активных методов преодоления, игнорирование (или преуменьшение) социального сравнения со здоровыми людьми, безоценочное принятие событий, духовность и юмор.

Религиозный аспект

Основными религиями, представленными в России в настоящее время, являются христианство (главным образом, православие, есть также католики и протестанты), а также ислам и буддизм. В то же самое время, часть населения РФ – неверующие. В России сегодня не существует официальной статистики членства в религиозных организациях: закон запрещает требовать от граждан заявлений об их религиозной принадлежности. По данным социологического исследования, проведенного в августе 2012 года в 79 из 83 субъектов РФ, религиозность у россиян, общая численность которых 143,2 млн человек, распределилась так: 41 % – православные верующие, 6,5 % – мусульмане (включая суннитов, шиитов, и в основном не принадлежащих к определенной мусульманской конфессии), 4,1 % – христиане, не принадлежащие к определенной конфессии, 1,4 % – прочие православные (включая прихожан грузинской, сербской, армянской апостольской и других церквей), 1,18 % – последователи тенгрианства (тюрко-монгольских шаманистских религий и новых религиозных течений) и неоязычества (включая родноверие, уральское и кавказское неоязычество), 0,4 % – буддизм (в основном – тибетский), 0,2 % – старообрядцы, 0,2 % – протестанты, 0,1 % – индуисты и кришнаиты, 0,1 % – католики, 0,1 % – иудеи, 25,1 % – «духовные, но не религиозные», 12,9 % – безрелигиозные и атеисты (Filina Olga, 2012).

Следует признать, что, хотя люди, возможно, не имеют религиозной принадлежности, они могут иметь духовные потребности. В нашей стране психолого-социальная реабилитация, учитывающая религиозную принадлежность, практически не разработана.

Самые свежие зарубежные исследования (2014г.) свидетельствуют о том, что духовные и/или религиозные потребности пациентов не всегда решаются с помощью медицинского персонала. В ожоговом центре, описываемом Hultman C S., et al., только за 2011год побывало 1338 пациентов. 314 из них посетили представители религиозной общины, всего было 1077 встреч (3.43 посещения в расчете на одного пациента). Наиболее частыми мероприятиями во время посещений были молитвы, социальная поддержка и духовное консультирование. У пациентов с религиозной принадлежностью

смертность была немного ниже, чем у пациентов с неизвестной или отсутствовавшей религиозной принадлежностью (0.87% против 3.19%), но это не достигло статистической значимости. Авторы отмечают, что пластические хирурги и медицинский персонал, принимающий участие в лечении ожоженных, должны рассматривать и учитывать (решать) духовные потребности ожоговых больных, в качестве важного компонента восстановления (Hultman C.S, et al., 2014).

В научной литературе имеется серьезное исследование, посвященные проблемам религиозности и личностного (духовного) роста Schaefer FC et al., 2008. Schaefer FC et al. проанализировали всю имеющуюся на сегодняшний день литературу (23 исследования), которая описывает религиозные пре-травматические характеристики, религиозные травм-оценки и пост-травматические факторы приспособления. Авторы пришли к выводам, что внутренние религиозные ориентации полезно включать в изучение религиозности в связи с последствиями травмы. Имеются предварительные свидетельства того, что связь между внутренней религиозностью и последствиями травмы может изменяться в зависимости от времени, прошедшего после травматического события (Schaefer FC et al., 2008).

Однако следует отметить, что в то время как религиозные верования и практики могут представляться мощными источниками утешения, надежды и смысла, они часто причудливо переплетены с невротическими и психотическими расстройствами, что делает трудноопределимой их действительную пользу (Koenig H.G., 2009).

Мы считаем, что на духовность пациентов, помимо вышеперечисленных факторов может оказывать влияние структура личности, превалирующие личностные состояния, психологические травмы, психологические защиты, психологический потенциал и внешнее окружение. Однако, эти аспекты требуют дальнейшего серьезного изучения.

Перейдем теперь к рассмотрению такого важного вопроса, как **духовность медицинского персонала**. Работа медицинского персонала (медсестер, врачей, клинических психологов, психотерапевтов) с больными и инвалидами затрагивает глубинные, часто не осознаваемые, страхи, вызывает обоюдные психологические защиты как у пациентов, так и у медицинского персонала, и потому эффективно работать, как нам представляется, можно только опираясь на духовный уровень (Лафи С.Г., Пилецкайте-Марковене М.Э, 2014).

Так, в исследовании Kohler C., 1999 показано, что практически все тяжелобольные пациенты (онкология, СПИД), принявшие участие в исследовании, имели страдания духовной природы, где преобладали одиночество, экзистенциальные вопросы о смысле жизни, смерти, боли, болезни. Духовное страдание (духовный дистресс) у тяжелых больных можно было охарактеризовать как безуспешную попытку в придании смысла жизни. При этом всего лишь чуть больше трети медсестер думало, что подобные переживания могут возникать у таких пациентов.

Религиозные убеждения отражались, в основном, в ритуалах (обрядов), «мозаичных» убеждениях у каждого конкретного пациента. Согласно мнению пациентов, именно медсестра (а не представитель религиозной общины) мог оказать им действенную помощь, даже если эта помощь выражалась просто в выслушивании пациента. Подавляющее большинство медсестер, участвовавших в этом исследовании, имели интуитивное знание об основных особенностях духовных страданий. Это знание, скорее было связано с их профессиональным опытом и, возможно, историей личной жизни (Kohler C., 1999).

В исследовании van Leeuwen R. et al., 2006 г. поднимаются вопросы о **профессиональной роли медсестер в духовной помощи**. Медицинский уход подразумевает заботу в том числе и о духовных нуждах пациентов. Для оказания подобной помощи, медсестры должны быть хорошо осведомлены о содержании духовной опеки и личных, профессиональных, культурных и политических факторах со стороны пациентов, на него влияющих. Исследование показывает, что духовная помощь пациентам со стороны медсестер зачастую оказывается не конструктивно. Причиной тому являются личные, культурные и образовательные факторы со стороны медперсонала. В большой степени эффективная духовная помощь зависит от личностного самовыражения и личной преданности. Leeuwen R. отмечает, что было бы желательно, если бы медсестры имели возможность самостоятельно принимать решения относительно оказания духовной помощи.

Работ, посвященных духовным аспектам работы врача, мало. Несомненно, к таким работам следует отнести работы выдающегося хирурга и человека В.Ф. Войно-Ясенецкого. В иностранной печати удалось найти только одну работу, авторами которой являются Schultz-Ross R.A., Gutheil., T.G., 1997. В их работе указывается, что граница между духовными и психотерапевтическими вопросами не определена; тогда как в действительности эти вопросы могут быть тесно переплетены. Чувства пациента по отношению к терапевту могут быть тесно связаны с оценкой пациентом духовности

психотерапевта, а терапевтическое признание различий между психопатологией и духовными убеждениями зависит от признания (учета) собственной системы верований. Изменение профессионального подхода к решению этого вопроса осложняется 1) традиционным пониманием духовности, когда многие школы психотерапии считают, что духовность находится вне сферы надлежащего изучения и знания; 2) дискомфортом, связанным с личными духовными проблемами педагогов и обучаемых; 3) уменьшением акцентов на терапевтические аспекты в качестве важных факторов в исходе лечения больного; 4) сокращением использования интенсивной психотерапевтической работы в некоторых учебных программах.

Интересно отметить, что согласно исследованию Американской Психиатрической Ассоциации, психиатры реже верят в Бога, чем в среднем население США. Со времени религиозной критики Фрейда религия и духовность отмежевались от психотерапии, и психоанализ стал зачастую социально более приемлемой заместительной религией (Карвасарский Б.Д., 1987).

На наш взгляд, навязывание того или иного понимания духовности опасно, всегда нужно учитывать культурную принадлежность пациента и его вероисповедание. За рубежом имеются работы рекомендательного плана, рассчитанные на медсестер, где рассказывается, например, об особенностях медицинского ухода за католиками (Narayan M., 2006), или же мусульманами (Miklancie MA., 2007, Yosef AR., 2008). На русском языке работ аналогичной тематики нам найти не удалось. Однако мы считаем, что **возможно оказывать универсальную (если так можно говорить об этом сложном предмете) духовную помощь, акцентируя внимание на общечеловеческом опыте и общечеловеческих ценностях.**

В философии вопрос духовности, равно как и вопрос страдания, обсуждался многими. Страдание и духовность идут рука об руку и стать духовным, как считают некоторые философы, можно лишь пройдя через страдание (Бердяев Н., 1993). Нам близка точка зрения В.Ф. Войно-Ясенецкого, который говорит о том, что «в ряду земных существ человек первое и единственное духовное существо» (Войно-Ясенецкий В.Ф., 1997). Духовность присуща человеку изначально, и болезнь отсеивает ненужную шелуху, отсекает случайное, оставляя лишь поистине важное для человека. Болезнь причудливым образом обнажает смыслы существования.

Болезнь часто помогает человеку на его духовном пути. Одну женщину в течение длительного времени мучили сильные боли (воспаление тройничного нерва). Когда я у нее спросила, как бы она жила, не будь этих болей, последовал ответ: «Тогда бы я никогда не поняла того, чем живу сейчас». Но так не у всех. Это вопрос о принятии страдания: принимаем мы страдание, принимаем крест или нет. (Флоренская Т.А., 2001).

Человеческая душа начинает постигать духовное только тогда, когда сталкивается со страданием. Итак, если мы хотим помочь страдающему человеку, мы должны помочь стать ему духовным. Только тогда, когда он станет духовным, он самостоятельно решит возникшие проблемы. Он будет самодостаточным (Лафи С.Г., Пилецкайте-Марковене М.Э., 2013).

Путь постижения духовности глубоко индивидуален. И этот путь проходят все, некоторые вследствие полученного увечья или болезни, большинство людей – как итог их жизненного пути, то, что мы называем мудростью.

Несомненно, необходима психологическая культура во взаимоотношениях между медицинским персоналом и пациентом и его окружением. Важнейшей заповедью, на наш взгляд, является заповедь «Не навреди» и медицинский этический кодекс.

Еще один не менее важный аспект проблемы духовности (фактически обратная сторона медали) – роль врача и клинического психолога в работе с больными.

Состояние духа больного, его доверие или недоверие врачу, глубина его веры и надежды на исцеление или, наоборот, психическая депрессия, вызванная неосторожными разговорами врачей в присутствии больного о серьезности его болезни, глубоко определяют исход болезни. (В.Ф. Войно-Ясенецкий).

Дух и душа человека нераздельно соединены при жизни в единую сущность; но можно и в людях видеть различные степени духовности (В.Ф. Войно-Ясенецкий).

Не случайно, например, пластические хирурги и персонал, принимающий участие в лечении обожженных, должны рассматривать и учитывать (решать) духовные потребности ожоговых больных, в качестве компонента восстановления (Hultman C.S. et al., 2014).

В этом взаимодействии пациента, болезни, врача и клинического психолога, психолог несет более ответственности, особенно если он наделен знаниями и техникой воздействия на человека. Вряд ли допустимо давление на пациента, категорические советы или техники (Лафи С.Г., Пилецкайте-Марковене М.Э., 2013).

Таким образом, учет духовных аспектов в соматической клинике не только важен при лечении пациента, но имеет, пожалуй, решающее значение для положительной динамики лечения и долгосрочного прогноза.

Перспективным представляется дальнейший анализ проблемы духовности в методологическом и теоретическом аспектах, развитие понятия транскультурной духовности, а также лонгитюдные исследования отдельных групп пациентов.

Выводы

1. Исследователи единодушно отмечают важность изучения проблемы духовности в соматической клинике и позитивное влияние духовных отношений на процесс выздоровления и реабилитации пациента. Однако, изучение духовности в соматической клинике находится пока в стадии становления.

2. Ключевыми направлениями в исследовании духовности в соматической клинике являются: исследования духовности пациента, исследования влияния духовности на взаимоотношения пациента и медперсонала и эффективность лечения и реабилитации, различные понимания духовности в зависимости от культурной и религиозно-этнической принадлежности участников лечебного процесса

3. Дальнейшие исследования духовности в соматической клинике должны опираться на тщательно проведенный многоаспектный теоретико-методологический анализ и лонгитюдные исследования с различными категориями пациентов.

15. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОЖОГАХ

Не только клиническому психологу, но и врачу полезно знать структуру переживаний больного, учиться оптимизировать их, а иногда принимать активное участие в их формировании.

Ожоговая травма вовлекает в патологический процесс все органы и системы человеческого организма, начиная от повреждений кожи до сложных нарушений микроциркуляции, изменений метаболизма, сложных иммунных перестроек.

Ожоговая травма сопровождается полиморфными нервнопсихическими расстройствами, как преходящими, так и длительно протекающими не только на всех этапах, но также в отдаленном периоде после ожога.

Современные методы лечения ожога снижают роль аутоксического фактора (плазмаферез и гемосорбция, ранняя некрэктомия), не полностью устраняют фармакотоксический фактор (диоксидин и др. антисептики), уменьшают длительность госпитализации при тяжелых ожогах, по данным Азолова В. В. и др., 1986 с 59,9 дней в начале семидесятых годов до 46,1 дня в начале восьмидесятых.

В ряде работ (Качалов П.В., 1990; Николаев Г.В., 1991) указывается на необходимость учета психотравмирующих факторов и соответствующих профилактических лечебных мероприятий. West D.A. и Shuck J., 1977 в качестве необходимой предпосылки для успешного лечения считают важным то, что персонал, обслуживающий больного, должен обладать «известными душевными качествами». Они сформулировали также общие принципы лечения.

Первые шаги должны быть профилактическими (больному должны быть объяснены задачи лечения и прогноз). Следует избегать дискуссий у постели больного и неблагоприятного прогноза. Следует обеспечить адекватное обезболивание. В полной мере рекомендуется использовать выздоравливающих (как положительный пример). Что касается отношений с больным, то здесь следует проявлять терпение, повторно отвечать на вопросы больных, объясняя им план лечения. Авторы предлагают предоставить больному максимальный контроль за лечением. Это, по их мнению, помогает предотвратить чрезмерную зависимость.

Bernstein N.R., 1992 отмечает, что пластические операции и физиотерапия, несомненно играют свою роль, но на отдаленных этапах травмы, когда больной на своем опыте убеждается, что его постоянные рубцы никогда не удастся устранить, он, скорее всего, разочаруется в лечении и прекратит обращаться за помощью. В работе с ожоговыми пациентами должны присутствовать такт и неторопливость. Вообще, ожоговым пациентам при уходе следует уделять больше времени, чем обычным пациентам. Любую информацию надо передавать четко и ясно, имея в виду то, что больные не слушают, не слышат, а иногда извращают смысл сказанного. Большое внимание должно уделяться работе с родственниками. Bernstein N.R., 1992 указывает на необходимость помощи пострадавшим (если они того желают) – закрыть или замаскировать свои дефекты. Также полезно сообщать пострадавшим, получившим уродства, что нередко у них могут появляться периоды депрессии, слезливость, бессонница и чувство изурования.

West D.A. и Shuck J., 1977 особо выделяют проблемы, встающие при работе с беспокойными пациентами. Беспокойные больные испытывают страх, тремор, повышенную потливость, не находят себе места, напряжены, у них отмечается тахикардия, расширение зрачков. У них возможны нарушения сна, устрашающие сновидения, слабость, трудности в концентрации внимания, повышенная раздражительность, разнообразные соматические симптомы, снижение аппетита и сниженная переносимость боли. Такие больные ищут поддержки или лекарственных препаратов. Потеря контроля может привести к эмоциональным расстройствам и больные нуждаются во внешней помощи, чтобы восстановить контроль. (У беспокойных больных имеются страхи, потеря контроля за своими эмоциями, страх того, что боль выйдет из-под контроля и т.д.). Таким образом, беспокойство усиливает боль, а боль – беспокойство. Использование адекватного лечения разрушает этот цикл (используются гипноз и релаксация). Возможность поделиться своими мыслями с персоналом также уменьшает беспокойство. Bernstein также отмечает, что полезно дать знать пациентам, что многие реакции нормальны для течения болезни. Но всегда надо учитывать реальность. Не надо уверять, что «все будет хорошо», когда это не соответствует действительности.

Bernstein N.R., 1992 отмечает, что у многих больных отмечается тенденция выбирать каких-либо определенных лиц из числа обслуживающего персонала, которые им кажутся более сочувствующими и с которыми им легче найти взаимопонимание.

Он подчеркивает, что надо искать факторы, которые уже в ранний период могут дать информацию о перспективах реабилитации. Особые усилия следует предпринимать с больными, у которых:

1. Одновременно есть психологические и физические симптомы.
2. Имеются ситуативные изменения, которые осложняют болезнь.
3. Которые проявляют чрезмерно высокий или чрезвычайно низкий уровень эмоционального возбуждения.

Ravella P. et al., 1990 считают необходимым «реинтегрировать психиатрическую заботу в соматический уход», а также осуществлять регулярные недирективные психиатрические консультации. (Один час в неделю тяжелые больные участвовали в группе, в которой работали два психиатра и корректировали поведение обожженных. Одновременно те же самые психиатры осуществляли связь между пациентами и ухаживающими за ними людьми, тем самым определяя стратегию лечения). Предложенная авторами модель работы показала свою эффективность: из 99 пациентов 77 вышли из госпиталя с хорошими результатами.

Summers T.M., 1991 большую роль в психосоциальной поддержке обожженных отводит медсестрам, поскольку они наиболее часто из лечебного персонала контактируют с больными.

Глубокие повреждения кожи при ожоговой травме встречаются довольно часто. В дополнение к поражению органа пациенты сталкиваются с серьезными психологическими проблемами. Последующая стигматизация вследствие обезображивания, снижение функций (рук, шеи и области лица) или перенесенные ампутации приводят в отдельных случаях не только к нарастанию стресса на работе, но и значительному физическому, эмоциональному и социальному стрессу. В некоторых случаях в результате тяжелых посттравматических стрессовых реакций резко изменяется образ жизни. Dorfmueller M., 1995 отмечает, что интенсивная психологическая помощь должна начинаться уже на стадии ухода за обожженным, например, после отключения пациента от аппарата искусственного дыхания, при переводе в послеоперационный блок, во время прохождения лечения по поводу полученных ожогов, а также, когда пациент покидает больницу. Психологическая помощь (или психологическое лечение, по Dorfmueller M., 1995), – это, прежде всего, «кризисные интервенции», осуществляемые теми, кто участвует в терапии, – это консультант-психиатр, специалист по лечебной гимнастике, профессиональный врач, священник и социальный работник. Цель психологического лечения – помочь конкретному пациенту в его/ее текущей ситуации, что является также частью целостной многопрофильной реабилитации. Кроме того, нужно стремиться к предотвращению серьезных кратко- и долгосрочных посттравматических стрессовых синдромов. Dorfmueller M., 1995 указывает, что в большинстве случаев термические травмы на работе и дома, в том числе попытки самоубийства, характерны для пациентов уже изначально страдающих от психозов или невротических расстройств личности, а также для пациентов, злоупотребляющих алкоголем, наркотиками или лекарствами. К ожогу может приводить также конфликтная ситуация на работе или в социуме (Dorfmueller M., 1995 вводит понятие «личность, склонная к ожогу»).

Адекватно сформированные с помощью врача модели прогноза и модели ожидаемых результатов лечения выступают как важнейший фактор оптимизации психического и общего состояния больного на всех этапах лечения.

Психотерапевтические возможности и воздействия должны быть построены на основе реального прогноза возможных лечебных результатов и побочных эффектов лечения у обожженного. Эти модели должны находиться под пристальным вниманием клинического психолога и врача, поскольку они могут использоваться для оптимизации общего и эмоционального состояния больных.

Затянувшаяся болезнь требует некоторой психотерапевтической перестройки структуры личности больного. Мы считаем, что психика ожогового больного возникает не первично из дефектов, происходящих вследствие собственно ожоговой болезни, но вторично из тех социальных последствий, которые вызываются кожным дефектом.

Практически все традиционные психотерапевтические системы обращаются к одному и тому же опосредующему звену – сознанию и самосознанию личности. «Специально организованное психотерапевтическое общение служит актуализации самосознания, увеличение мощности самосознания приводит к переопредмечиванию потребностей и переиерархизации мотивов; вновь возникшие мотивы и их соподчинение реализуются уже теперь в реальном, естественном общении и реальной жизнедеятельности субъекта» (В.В.Столин, 1987).

Как показывает наш опыт, **в систему общей реабилитации обожженных обязательно должна включаться и психологическая помощь обожженному. Она должна осуществляться по двум направлениям:**

1. Обеспечение стабильности общей самооценки, самоуважения пациента на высоком уровне через направленную актуализацию мотивов с целью построения нового образа «Я». Сюда входит адекватная оценка своего дефекта со всеми его последствиями. Поддержание самоуважения и общего эмоционально-ценностного отношения к себе на привычном уровне достигается путем повышения значимости в ценностном образе «Я» других частных самооценок, касающихся других сфер деятельности пациента (работа, хобби и т.д.).

2. Обеспечение высокого уровня социальной компетентности больных, тренировка их навыков и умений в сфере коммуникации.

Литературные данные свидетельствуют, что хорошая компенсация у обожженных наступает при наличии двух условий:

- 1) если пострадавшему удастся сохранить свой должностной и семейный статус,
- 2) если наладятся взаимоотношения с окружающими его людьми.

В результате кожного дефекта затрудняется реализация в поведении ранее сформировавшихся, эмоционально насыщенных мотивов, как например, мотива социального приятия, мотива высокого социального статуса и т.д. Нейтрализовать создающееся патогенное напряжение, связанное со снижением общей самооценки, самоодобрения пациента можно путем переопредмечивания потребностей.

Значение «хорошей» психотерапии и психокоррекции состоит в том, что, когда больной не может справиться с патогенной жизненной ситуацией, терапевт или психолог помогает ему в поисках путей к активному преобразованию самого себя, чтобы суметь разрешить ситуацию.

Психическая травма, развивающаяся на фоне ожога, – следствие жизненного удара по особо значимым, эмоционально насыщенным отношениям (ценностям, мотивам) личности, сформированным в онтогенезе. Основная задача психологической помощи при ожогах, на наш взгляд, заключается в выявлении с больными (в индивидуальной и групповой работе) волнующих их жизненных проблем, невыносимого противоречия между особо значимыми отношениями к ценностям и трудным обстоятельствам жизни и с учетом этого – перестройке неадекватных отношений и установок и, по возможности, неблагоприятной ситуации актуального развития личности.

При психологической коррекции раскрытие личности обожженного и тревожащих его обстоятельств и проблем жизни происходит в доверительной **беседе психолога с пациентом или в недирективно направленных психологом собеседованиях пациентов в группе.**

Лучше всего дать больному сначала изложить свои переживания так, как он хочет и может и получить таким образом представление о его личности и об особенностях его психологического профиля, а затем уже приступить к выяснению отдельных, преимущественно ведущих симптомов болезни. Очень полезным (особенно когда речь идет об исследовании изменений личности больного) бывает применение биографического метода (метода ретроспективного анализа жизненного пути), когда больной рассказывает о своей жизни. Метод ретроспективного анализа жизненного пути в сочетании со специальными экспериментальными методами позволяет установить характер и содержание ведущей деятельности человека до заболевания, проследить преморбидную иерархию мотивов и то, как она меняется в ходе болезни.

Уже во время первой встречи с обожженными в периоде шока можно получить некоторое представление о его личности. Чтобы уточнить конкретную структуру переживаний обожженного, его

отношение к травме и к самому себе, как к личности, требуется много времени и сил. С целью выявления психологических особенностей обожженного мы применяли разнообразные методики: беседу, наблюдение, клиничко-психологические исследования. Одно из самых важных мест занимала беседа.

"Хорошо известно, что одно воспоминание и воспроизведение больным тягостных обстоятельств его жизни и связанных с ними переживаний – так называемый катарзис – вызывает облегчение, однако не непосредственно приводит к выздоровлению. Терапевтический эффект, надо думать, вызывается особым эмоциональным сдвигом, происходящим у пациента в процессе психотерапии, помогавшим ему заново прочувствовать пережитое и по иному взглянуть и на себя, и на трудности, с которыми не удавалось пока справиться" (Зачевицкий Р.А.)

Но хотя методика клинической беседы и приводит нередко к эмоциональным перестройкам, ее следует понимать как первый шаг в системе психологической коррекции обожженных, который служит прежде всего сбору информации, составлению функционального диагноза и в то же время обладает психотерапевтическим и психокоррекционным эффектом в смысле катарзиса.

Наиболее эффективным способом облегчения стресса является (Everly, 1979) принятие пациентом на себя ответственности за выработку адекватного поведения в стрессовой ситуации, избеганий или уменьшение влияния стрессоров, а также изменение к ним своего отношения.

Конкретная помощь психолога состоит в том, чтобы помочь пациенту реально идентифицировать воздействующие стрессоры. Когда процесс идентификации успешно завершен, у пациента появляется возможность предпринять активные шаги, направленные на избегание, уменьшение или модификацию стрессовой ситуации.

После выявления и осознания больным психогенного источника стресса и психологической перестройки его установок становятся полезными такие упражнения, которые применяются в поведенческой терапии, для закрепления успеха терапии;

1. Ролевая игра и поведенческие упражнения: повторное упражнение способов поведения в социальных ситуациях составляет один из самых важных элементов социальной тренировки. Здесь важны и смена ролей и усвоение разных стратегий поведения в одной ситуации.

2. Модельное обучение. Речь идет о как можно более эффективной передаче поведенческих стратегий. Терапевт демонстрирует поведение в примерной ситуации с точными инструкциями, на каких аспектах поведения следует сосредоточить внимание. Пациентов потом просят подражать продемонстрированному поведению и применять его в подобных ситуациях. Функцию модели могут выполнять и другие группы.

3. Обратная связь. Осуществляется в виде вербальных ответов терапевта и членов группы, относящихся как можно более дифференцированно к конкретным способам поведения.

4. Поведенческие инструкции. Имеется в виду прямая поддержка и инструкция терапевтом (словами и жестами) пациентов во время ролевой игры.

5. Когнитивные методы.

6. Поведенческие упражнения in vivo служат закреплению и проверке усвоенных в ситуации терапии способов поведения. Реальные ситуации сначала обсуждаются с пациентом во время терапии, потом больной их «пробует» иногда вместе с близкими людьми или терапевтическими помощниками.

Терапевтическая эффективность подобных программ была доказана множеством эмпирических исследований, в том числе и теми, которые мы проводили в Ожоговом центре. Большую эффективность показала методика когнитивной психотерапии, разработанная Beck A.T., 1974 и модифицированная Качаловым П.В. (1990).

Поделимся опытом самостоятельного применения когнитивной психотерапии у больных ожоговой болезнью в «остром» этапе течения заболевания. Отметим, что автором этого варианта модификации когнитивной психотерапии был Качалов П.В., оказавший неоценимую профессионально-исследовательскую помощь автору данной работы и консультировавший автора на протяжении всего периода исследования.

Когнитивная психотерапия (КТ) (которая в последнее время привлекает все большее внимание исследователей) применялась у больных с неврозоподобными нарушениями (таких больных в нашем исследовании было 11%) в качестве фоновой терапии на всех этапах лечения пациентов.

Теоретической основой КТ является представление о том, что эмоции обусловлены суждениями человека о том или ином предмете.

Выделяются следующие когнитивные ошибки у ожоговых больных, приводящие к эмоциональным сдвигам

- произвольные умозаключения (когда видимость принимается за сущность)
- избирательное невнимание

- чрезмерные обобщения, преувеличения или преуменьшения
- неспособность взглянуть на себя со стороны
- «черно-белые» суждения (все или ничего, хорошо или плохо).

Далее приводим когнитивные приемы, которые использовались на разных этапах лечения больных. Сначала их применение осуществлялось совместно с врачом-психиатром, затем – самостоятельно.

1. Шок. Цель КТ – создание у больного ощущения безопасности.

Использовался прием «когнитивного структурирования»:

больному постоянно говорили, что опытные врачи Ожогового центра окажут ему действенную помощь; объясняли необходимость процедур и частых трансфузий.

Для избавления от иллюзий Мюллера-Лайера (навязчивых визуализаций обстоятельство ожога) больному предлагалось вспомнить и рассказать врачу или психологу о несчастном случае.

2. Токсемия. Цель КТ – снижение депрессии, злости, чувства вины, тревоги, страха перед перевязками и операциями. Использовались следующие приемы:

а) прием «вентиляции эмоций» (освобождение пациента от необходимости вести себя героически. Разрешение высказывать обвинения в адрес истинных или мнимых виновников несчастного случая);

б) прием «когнитивной переработки» (объяснение необходимости доверия к лечащим врачам и обслуживающему персоналу);

в) прием структурирования (объяснение смысла проводимого лечения: например, «бесконечные капельницы» восполняют потерю жидкости через рану; пересадка кожи не означает ее «сдирания» с донорского участка, но лишь взятие верхнего слоя и т.д.);

г) прием десенсибилизации (с целью снятия страха перед перевязками и операциями) – мысленное проигрывание (по указанию врача) пугающих процедур;

д) с целью облегчения болевого синдрома больному обучали миорелаксации.

3. Реконвалесценция. Цель КТ – борьба с чувством беспомощности и безнадежности, подготовка больного к новой социальной ситуации развития.

На этом этапе проводилось исправление когнитивных ошибок, имеющих у больного:

– разъяснялась бессмысленность слов "все" и "никогда". Предлагалось составить перечень дел, недоступных теперь больному и указать занятия, на которые можно будет направить силы;

– для борьбы с "избирательным невниманием" внимание больного обращалось на более тяжело обожженных, показывались фотографии бывших пациентов Центра на разных этапах восстановления, говорилось о том, что нынешний внешний вид больного не окончателен, т.к. рубцы будут изменяться еще в течение года;

– при страхе перед социальными контактами («неспособности взглянуть на себя со стороны») больному объясняли, что люди быстро привыкают к внешности своих знакомых и потом уже не оценивают ее заново; при этом больного предупреждали о том, что ему иногда предстоит столкнуться с пристальными (или испуганными) взглядами детей, реже – незнакомых взрослых;

– поскольку потеря привычного внешнего облика приводит к снижению самооценки, то для поднятия ее применялась «когнитивная переоценка». Пациенту указывалось на лучшие его неотъемлемые человеческие качества, как на важнейшую опору;

– «мобилизация надежды». Цель – предотвращение выпадения больных из реабилитационной программы и их «социальной смерти». Строятся планы на будущее, обсуждаются приемы маскировки рубцов (с помощью прически, перчаток и т.д.), контакты с друзьями, посещение общественных мест, занятия физкультурой.

В процессе проведения когнитивной психотерапии было установлено не только заметное улучшение симптоматики, но и положительные сдвиги в поведении больных. Тренинг различных поведенческих стереотипов расширяет функциональные возможности человека, и это уже само по себе может приводить к изменению более глубоких внутренних структур.

Еще один метод, часто используемый в оказании психологической и психотерапевтической помощи ожоговым больным, – **десенсибилизация и коррекция переработки информации с помощью движения глазных яблок (ДПДГ).**

Десенсибилизация переработки движением глаз (коротко – ДПДГ) Метод предложен американским психотерапевтом Фрэнсис Шапиро. Помогает при тревожных воспоминаниях, страхах, расстройств, психотравмах, фобиях. Уменьшает неврозы.

Идея методики основана на том, что в состоянии острой тревоги, растерянности и страха у людей «плывут» глаза. Глаза не концентрируются, иногда как будто застывшие, взгляд блуждает, плывет. Так вот: если восстановить нормальное движение и концентрацию глаз, оказывается, уходит или по крайней мере снижается и тревога.

Приведем описание процедуры методики:

если клиент заявляет конкретный страх, следует предложить ему этот страх вспомнить, погрузиться в него и рассказать, где и что он чувствует (телесные ощущения).

Далее, психотерапевт прямой рукой начинает делать широкие движения рукой, обращенной в сторону клиента – два пальца в сторону клиента, расстояние до него примерно 30 см. Следя за летающими пальцами руки, клиент должен начать двигать глазами от одного края его визуального поля до другого, делать полные двусторонние движения глаз.

Движения делаются вначале по горизонтали, потом по диагонали, вертикали, кругу и так далее. Спрашиваем о самочувствии клиента. Упражнение делается вначале медленно, а потом все быстрее и быстрее, до настоящей бодрой энергичности. Энергия психотерапевта будет передаваться клиенту. Ограничения: клиент не должен отставать и не должен чувствовать дискомфорт.

Если человек, несмотря на переживания, толковый и идею понял, он вполне может все это делать и себе сам. Результат тот же, иногда и лучше.

Модификации.

Модификация ДПДГ заключается в чередовании движения глаз со специально подобранной дыхательной техникой или же в полной замене движения глаз дыхательными движениями. На вдохе просят пациентов поворачивать голову с правого плеча на левое, представляя, как вместе с вдыхаемым воздухом возвращается жизненная сила, утраченная в ситуации травмы. На выдохе пациенты поворачивали голову в обратную сторону, освобождаясь от психотравмирующих переживаний. К такой модификации прибегают в связи с возникающими у многих пациентов сложностями в одновременном выполнении двух действий: фиксации взгляда на движущейся ручке и повторном проживании психотравмирующих событий. В ходе проведения ДПДГ или её модификации просят пациентов обращать внимание на ощущения в теле. В случае возникновения телесного дискомфорта или болевых ощущений применяется техника телесно-ориентированной ПТ в перерывах между сериями движений глаз или дыхательных движений. Мышечное напряжение и непроизвольные движения устраняются применением экспрессивных техник гештальт-терапии (простое повторение, преувеличение и развитие). Источник (http://www.psychologos.ru/articles/view/desensibilizaciya_i_korrekcija_pererabotki_informacii_s_pomoschyu_dvizheniya_glaznyh_yablok_dpdg).

В 1992 McCann D.L. сообщил об успешном применении этого метода у пациента с ожогами. (В частности, об эффективном использовании одного сеанса десенсибилизации движения глаз (EMD) в лечении исключительно тяжелого случая посттравматического стрессового расстройства (ПТСР)). Пациент выжил после ожогов, однако, остался с массивными рубцами, глухотой, двусторонней ампутацией верхних конечностей выше локтя, тяжелыми контрактурами, сильно поврежденными ногами и лодыжками. Он перенес 8 лет интенсивных страданий от симптомов посттравматического стрессового расстройства, прежде чем такой простой метод оказал ему действенную помощь.

Еще один метод, о котором мы хотели бы упомянуть – **психологический дебрифинг**. *Дебрифинг; психологический дебрифинг – одноразовая слабоструктурированная психологическая беседа с человеком, пережившим экстремальную ситуацию или психологическую травму. В большинстве случаев, целью дебрифинга является уменьшение нанесенного жертве психологического ущерба путём объяснения человеку того, что с ним произошло и выслушивания его точки зрения.*

Психологический дебрифинг широко используется при травмирующих событиях в попытке уменьшить психологические осложнения. Его изучению уделяли повышенное внимание Salmon, T. W., 1917, Garb, R., Kutz, I., Bleich, A., et al., 1987, Turnbull G, et al., 1997, Kraus R.P., 1997, Bisson J.I et al., 1997., Mayou, R. A., Ehlers, A. & Hobbs, M., 2000. Оценке этого метода посвящена также работа Reiss D., Leese M., 1997. Исследованием было охвачено сто тридцать три взрослых, подвергшихся ожоговой травме. Испытуемые были разделены на экспериментальную группу (в которой проводился психологический дебрифинг) и контрольную группу, которая не получала какого-либо вмешательства. 110 обожженных (83%) были опрошены вслепую на предмет их статуса после психологического дебрифинга через три месяца и спустя 13 месяцев. Результаты заставляют глубоко задуматься. Шестнадцать человек (26%) из группы, в которой проводился психологический дебрифинг, имели посттравматическое стрессовое расстройство спустя 13 месяцев, по сравнению с четырьмя обожженными (9%) контрольной группы. Авторы отмечают, что группа, в которой проводился психологический дебрифинг, имела изначально более высокие баллы по опроснику выраженности болезненных психологических симптомов и более серьезные размеры ожоговой травмы, чем в контрольная группа, которая отличалась менее выраженными показателями.

Мы не можем проигнорировать небольшое сообщение Palmer I., 2000, опубликованное в журнале British Journal of Psychiatry. Приводим его практически дословно. «Позвольте мне предложить воен-

но-исторический обзор, касающийся работы Mayou et al (2000). Сторонники психологического дебрифинга неправильно использовали военный опыт русско-японской войны 1904/5 года, чтобы оправдать раннее психологическое вмешательство с использованием принципа PIES: proximity (близость; нахождение близко к месту события – и безопасность), immediacy (немедленность; оказание помощи как можно быстрее), expectancy (ожидание, что пострадавшие вернуться к несению службы как можно скорее, а не собственно предотвращение последующего психологического заболевания) и simplicity (простота; передышка, отдых, воспоминания, реабилитация и возвращение к службе). Сторонники дебрифинга при этом намеренно «забывают», что PIES проводилась только с теми, кто, как считалось, испытывает страдание, и проводилась теми лицами, кто разделял и понимал их опыт. Может быть много причин, почему Mayou et al пришли к своим выводам, но те же предупреждения, среди прочих, используются Bisson et al (1997), Kraus (1997) and Turnbull et al (1997). Возможно, мы (психиатры) заблуждаемся в попытках классифицировать по медицинским принципам реакции человека на неприятные события, и наивно думаем, что одно-единственное вмешательство способно предотвратить развитие посттравматических стрессовых реакций и заболеваний, которые на самом деле являются многофакторными и сложными по происхождению.

В попытке понять и управлять посттравматическими стрессовыми реакциями существует ряд полезных метафор. Garb et al (1987) находит, что работа горя особенно полезна, т.к. и ПТСР, и работа горя являются ответами на события, связанные с потерями. Хотя термин и старомоден, психологические защитные механизмы существуют для того, чтобы защищать человека (личность) (по крайней мере, вначале); небрежное вмешательство в такие механизмы чревато несчастьем. Возможно, психологический дебрифинг делает именно это. Как при посттравматических реакциях, так и при горе есть период интроспекции, во время которого человек не хочет говорить. К такой потребности нужно относиться с уважением, что при горе обычно и соблюдается. Почему при травматических событиях должно быть по-другому?

За этим периодом следует период, когда помощь и советы уже приветствуются, даже ищутся, и при посттравматических ситуациях, как и при горе, поддержка в первую очередь должна исходить в обществе. Если это не работает, то может потребоваться профессиональная помощь, но мы, как профессионалы, должны ставить под вопрос казалось бы, повсеместное убеждение общества, что воздействие травматического события всегда несет полностью негативный опыт и, что посттравматическое стрессовое расстройство – это только посттравматическое психическое заболевание.

Я не разделяю уверенность авторов, что за три года наблюдений уровень (психологических нарушений) составил всего 48%, т.к. это служит защитой тех, кто, боюсь, будет продолжать осуществлять психологический дебрифинг. Возможно, будет циничным спрашивать об их мотивах, но меня беспокоит почти порнографический характер человеческих переживаний, выходящий за рамки нормального. Это вуайеризм и мощный потенциал для того, чтобы переживания в дальнейшем стали частью травматического события, даже оставшемуся в прошлом, вследствие вмешательства. Девиз общества или СМИ – «нужно что-то делать», и, несмотря на растущие доказательства того, что психологический дебрифинг не работает, или вреден, я подозреваю, что такая работа не будет прекращена раньше, чем общество отойдет от «психологизации» человеческого дистресса. Есть старая военная поговорка, применимая и здесь: «Единственное, что является более сложным, чем донести новую идею до военного ума, это изгнать оттуда старую».

Возможно, работа Mayou et al's подчеркивает то, что в реальности невозможно быстро скорректировать человеческие переживания. Предоставление помощи должно быть направлено на тех, на кого событие сильно повлияло. Выявление этих случаев должно стать проблемой для психиатрии. Возможно, тогда советы, предложенные Salmon (1917), будут правильно применены, хотя такие вмешательства вряд ли будут настолько просты».

В марте 2007 года американский журнал «Перспективы психологической науки», издаваемый «Ассоциацией психологических наук» (англ. Association for Psychological Science) внёс кризисный дебрифинг в список процедур, способных причинить вред пострадавшим. (Lilienfeld, S. O., 2007).

Выше мы описали направления, по которым может оказываться психологическая помощь в «остром» периоде течения болезни, однако, наше описание не будет полным, если мы не скажем о **специфической психиатрической помощи. Так или иначе, но на практике больные, имеющие психиатрическую патологию, часто оказываются в поле зрения клинического психолога.**

Madianos M.G., et al., 2001 отмечают, что площадь ожогового поражения не так важна в сравнении с возможностью обезображивания в плане развития психиатрических нарушений.

Pechukwu S.T., 2002 отмечает, что многие ожоги связаны с психическими расстройствами, которые включают в себя депрессивные расстройства, психозы, когнитивные расстройства, расстройства вслед-

ствие употребления психоактивных веществ. Многие клинические синдромы, такие, как бред, острый стресс, острый психоз, суицидальные наклонности и боль должны решаться консультантом-психиатром, чтобы облегчить хирургическое лечение ожоговой травмы. Другие психические расстройства, такие как посттравматический стресс, депрессия и расстройства адаптации, требуют внимания в долгосрочной перспективе. Необходимо использовать как фармакологические методы лечения, так и психосоциальную поддержку. Бесценным активом являются группы поддержки обожженных.

Очень интересной работой, заставляющей задуматься об индивидуально-личностных особенностях обожженных и их влиянии на благоприятный исход ожоговой травмы, является работа DuHamel K.N. et al., 2002, посвященная гипнабельности ожоговых пациентов. Изучалась связь между травматическими симптомами и гипнабельностью у 43 госпитализированных обожженных. Пациенты с высокой гипнабельностью имели более высокий процент навязчивостей и возбуждения сравнительно с группами пациентов со средней и низкой гипнабельностью. Однако, самое удивительное заключается в том, что пациенты с высокой гипнабельностью могли иметь большую частоту травматических симптомов после ожоговой травмы. В дальнейшем эта тема получила развитие в исследованиях, посвященных ожоговым больным. В связи с этим можно отметить обзор Yard S.S, et al. 2008, в котором (на основании анализа шести публикаций) говорится о том, что, действительно, существует какая-то связь между гипнабельностью (hypnotizability) и посттравматическим стрессом, но недостатком предыдущих исследований является измерение гипнабельности после потенциально травмирующих событий. Делается важный вывод о том, что высокая гипнабельность может быть фактором риска как для острых, так и для хронических посттравматических симптомов.

Психиатрические расстройства обнаруживаются у двух третей выживших обожженных (Dyster-Aas J. et al., 2008). Наличие предожоговой психиатрической болезненности обуславливает более высокий риск наличия постожоговой психиатрической проблемы. Как указывает Dyster-Aas J. et al., 2008 наиболее распространенными являются депрессия (41%), злоупотребление алкоголем или зависимость (32%), простые фобии (16%), и паническое расстройство (16%). Через 12 месяцев после ожога 10 пациентов в исследовании авторов (16%) отвечали критериям депрессии, 6 (9%) – ПТСР, и 11 (17%) имели субсиндромальное ПТСР. Пациенты с тревожным расстройством и психиатрической коморбидностью были более подвержены депрессиям через 12 месяцев, тогда как имевшие аффективное расстройство, сочетавшееся с употреблением психоактивных веществ и психиатрической коморбидностью, с большей вероятностью имели симптомы ПТСР.

Необходимо отметить, что посттравматическое стрессовое расстройство по-прежнему мало изучено врачами и мало диагностируется у пациентов с ожогами. С учетом частоты встречаемости этой патологии, в лечении необходимы анти-депрессанты и психотерапевтические отношения для улучшения здоровья и качества жизни этих пациентов (El hamaoui Y. et al., 2002)

16. ПСИХОТЕРАПИЯ ПРИ ОЖГОВОЙ БОЛЕЗНИ

Психотерапия при ожоговой болезни разрабатывалась, в основном, американскими авторами, которые исходили из того представления, что применение психотропных средств для лечения посттравматического стрессового расстройства (как у жертв катастроф и несчастных случаев, так и участников военных действий) предрасполагало бы к отсроченному развитию стрессового расстройства (Ursano P., Holloway H.C., 1985). Эти представления восходят к представлениям о неосложненном и осложненном стрессовом горе у Lindemann E. (1944).

Оригинальные описания качественного своеобразия применявшихся методов содержатся в работах Lindemann E., 1944; Hamburg D.A., 1953, Andreasen N.I., 1971, 1972 и Steiner H., Clark W.R. 1977. Но только в работе Hamburg D.A., 1953 имеется систематизация психотерапевтических рекомендаций. **Американские авторы считают, что психотерапевтические методы следует использовать при анозогнозии (отрицание болезни или ее важных последствий), нарциссической травме (угроза возможности любить и быть любимым, разрушение иллюзии неуязвимости и бессмертия), когнитивных ошибках (ложное понимание ситуации).**

Анозогнозия:

По поводу отрицания Andreasen N.I.C. et al., 1971 советовали удерживать больного на трудноуловимой грани между позволением пользоваться этим механизмом защиты и свободным выражением своих страхов. Отрицание имеет целью удержание дистресса в терпимых пределах (Hamburg D.A. et al., 1953, 1967, 1974). После проработки отрицания, достигаемой предвосхищением вопросов больных (Andreasen N.I. C., 1977), в частности, опасений сойти с ума (Lindemann E. 1944; Steiner H., Clark W.R., 1977), страха смерти (Hamburg D.A. 1953; Steiner H., Clark W.R., 1977), начинается «вентиляция

эмоций», т.е. больного поощряют плакать и выражать эмоции горя (Lindemann E., 1944; Andreasen N.I. C., 1973). «Вентиляция эмоций» заканчивается десенсибилизацией (Steiner H., Clark W.R., 1977), т.е. постепенным исчезновением эмоциональной реакции на беспокоивший прежде стимул.

Нарциссическая травма.

Hamburg D.A. et al (1958, 1967, 1974) рекомендовали обсуждать с больными связь между травмой и психическими (психологическими) нарушениями, поддерживать чувство личной ценности, улучшать отношения со значимыми другими, в частности, с персоналом.

Andreasen N.I. C. et al., 1972 советовали постоянно держать при больном его фотографии, сделанные до ожога, с целью поддержания личности, но избегать зеркал.

Когнитивные ошибки.

По этому поводу Hamburg D.A. et al., 1953 рекомендовали предвосхищать вопросы больных относительно длительности госпитализации, влияния раны на внешний вид и функции тела, если больные имели неадекватные фантазии на этот счет.

Andreasen N.I.C. et al., 1972 специально указывали на необходимость проработки пугающих фантазий, связанных с сексуальными нарушениями при ожоговой болезни (прекращение менструаций, исчезновение спонтанных эрекции). Hamburg D.A. (1967, 1974) подчеркнул важность понимания больным перспектив восстановления соматических функций в результате лечения и возможности по достижении максимального восстановления сочетать в новой ситуации личностные ценности с социальными возможностями. Andreasen N.I.C. et al., 1971 называли это предвосхищением проблем возвращения домой.

Это были самые общие принципы психотерапии.

Заслуживает внимания исследование по применению когнитивной психотерапии у больных ожоговой болезнью – работа Tobiasen I., Hielbert I.M., 1985. В исследование включались лишь преморбидно психически здоровые личности. Применялись оригинальные опросники общего самочувствия больных, беспокойства и боли. Когнитивная терапия специально не описывается, авторы отсылают к монографии Beck A.T. (1976). Все больные получили 5 сеансов по 30-45 мин. Авторы обнаружили достоверное улучшение по всем трем тестам, и госпитализация в группе, получавшей когнитивную терапию была на неделю меньше, чем в контрольной группе. К сожалению, общепринятые психологические методики и известные тесты не использовались, что не позволяет судить о характере имевшихся расстройств и сравнить их с другими исследователями.

Популярность когнитивной терапии в настоящее время растет, наиболее эффективной она считается при психологических проблемах личности (Galinoski A., 1986; Качалов П.В., 1988).

Теоретическую основу метода составляет представление о том, что эмоции во многом определяются суждениями, которые человек имеет о том или ином предмете. Психотерапевт стремится помочь больному научиться распознавать типичные когнитивные ошибки, приводящие к эмоциональным сдвигам, производящим умозаключения (принятие видимости за сущность), избирательное невнимание, чрезмерные обобщения, преувеличения и преуменьшения, неспособность взглянуть на себя со стороны, черно-белые суждения («все или ничто», хорошо или плохо) (Beck A.T., 1976). Этот метод может быть очень полезен в коррекции эмоциональных нарушений у ожоговых больных (Качалов П.В., 1988)

В литературе упоминаются и др. методы: метод дидактической беседы (Белов А.С., 1968), поверхностная психотерапия (Simons R.D., 1978; Wernick R.L., 1980) или эклектичная психотерапия (Wernick R.L., 1981). Последний автор отмечает у больных «значительное облегчение эмоционального и соматического самочувствия», хотя первоначальная цель была облегчить болевой синдром.

Vanderplate C., 1982 проводил обсуждение переживаний, связанных с нарушением образа тела и снижением самооценки в группах ожоговых больных с неуточненным составом. Solnit A., Priel B.S., 1975 проводили подобные групповые психотерапевтические сеансы с обожженными солдатами, пострадавшими в одном бою; авторы придавали большое значение возникавшему духу товарищества и взаимопомощи.

В работах Качалова П.В. (1988, 1990) разработана оригинальная методика применения когнитивной психотерапии неврозоподобных нарушений у больных ожоговой болезнью.

Остановимся кратко на **гипнотерапии** при ожоговой болезни. Гипнотерапия у больных ожоговой болезнью применялась преимущественно по поводу болевого синдрома (самостоятельной большой проблемы) – многими авторами (Crasilneck H.B., 1955; Pellicane A.I., 1960; Dahinterova I., 1966; Hartley R.B. 1968; Павловский П., Покорная П., 1975; Schaffer D., 1978, 1975; Waceman R., Kaplan I. 1978; Margolis C., 1980; Сицкая К.В., 1981, 1982; Forster A., Baurgeois P., 1981). Реже в центр внимания ставили улучшение аппетита (Crasilneck H.B., 1955; Pellicane A.I., 1960; Сицкая К.В., 1981). Приводим таблицу Психотерапия при ожоговой болезни. Обзор данных сделан Качаловым П.В.

Психотерапия при ожоговой болезни

| Авторы | Количество больных | Критерии отбора | Проблемы | Техника | Результаты |
|------------------------------------|---------------------------|--|--|---|---|
| 1.Crasilneck H.V. et al., 1955 | 8 | Не уточнены | 1.Боль 2.Отсутствие аппетита | Гипноз – сеансы по 1-1,5 часа | 6 случаев анестезии и улучшение аппетита |
| 2.Dahintero va J., 1966 | 8 (6 мужчин, 2 женщины) | Не уточнены, тяжелые ожоги | Боль | Гипноз; первый сеанс – в палате вечером, в присутствии хирурга, перевязки под гипнозом | 3 случая анестезии |
| 3.Павловский П., Покорная П., 1975 | 10 (7 мужчин, 3 женщины) | Не уточнены | Боль | Гипноз | 4-3 ст. гипноза с анестезией |
| 4.Сицкая К.В., 1981, 1982 | 109 | Ожоги 1-60% | 1.Боль 2.Отсутствие аппетита 3.Эмоциональное состояние | Гипноз 3-4 раза в неделю по 20-40 минут, всего 15-16 сеансов | В стадии септикотоксемии улучшение наступает на 3-5 сеансе, в стадии реконвалесценции – на 1-2 сеансе |
| 5.Wernick et al., 1981 | 16 (15 мужчин, 1 женщина) | Психически здоровы | Боль | 5 дней подряд по 30-40 минут сеансы эклектической психотерапии | Значительное улучшение эмоционального и соматического самочувствия |
| 6.Vanderplante C., 1982 | 230 | Не уточнены. Госпитализация 22 дня-7 мес. | Нарушение образа тела и самооценки | Психотерапевтическая группа, 3-8 сеансов, всего 11 часов за 2 недели | Не уточнены |
| 7.Moore L.E., Kaplan J.Z., 1983 | 5 | Симметричные ожоги | Раны | Гипнотическое внушение тепла на одной из обожженных сторон – на второй день после ожога | У 4 больных – улучшение на одной стороне на 5 день после ожога |
| 8.May S.R., 1983 | 16 | Ожоги Возраст 4-83 | 1.Тахикардия 2.Олигоурия | Один стандартный сеанс гипноза в первые 5,4±3,4 часа после ожога | Увеличение диуреза за 28 часов после ожога сравнительно с контрольной группой |
| 9.Schafer D.W., 1975, 1978 | 20 | Возраст 7-43 | Боль | Гипноз 2 часа в неделю с обучением самогипнозу | 1.70% – анестезия 2.30% – неуспех (у детей и подростков) |
| 10.Wakeman R.J., Kaplan J.Z., 1978 | Не уточнены | Возраст 7-70 лет Степень ожога до 60% Срок наблюдения от 4 недель до 4 месяцев | Боль | 1.Гипноз 2.В контрольной группе – простое обозрение 3.первый сеанс – сразу по поступлении 4.всего 18-24 сеансов 5.Больные получали сколько угодно анальгина | Ожоги не имеют значения 1.В гипнотизированной группе потребление анальгетиков достаточно ниже, чем в контрольной 2.В обеих группах потребление анальгетиков ниже у больных в возрасте от 7 до |

| Авторы | Количество больных | Критерии отбора | Проблемы | Техника | Результаты |
|-------------------------------------|--|--|---|---|--|
| | | | | | 18 лет, чем у взрослых при гипнозе |
| 11.Tobiasen J.M., Hiebert J.M.,1985 | 20 (16 мужчин, 4 женщины) | 1.Возраст от 17 до 53 лет (средний возраст 31,5) 2.Площадь ожога от 10 до 50% (среднее значение 23,2%) 3.Тяжесть ожога от 3 до 8 (среднее значение 5,39) 4.Преморбидно – психически здоровы 5.Госпитализация не менее 2 недель | 1.Общее самочувствие 2.Беспокойство 3.Боль Все – по тестам | 5 сеансов по 30-45 минут. Когнитивная терапия | 1.Достоверное улучшение по всем трем тестам 2.Продолжительность госпитализации на 1 неделю больше, чем в контрольной группе |
| 12.Van der Does A.J.W. et al,1988 | 8 | | Боль, тревога | Гипноз | Снижение боли на 30% и тревоги на 30% |
| 13.Blew A.F., 1989 | 44 (38 мужчин, 6 женщин). Амбулаторные больные из низших социально-экономических классов. Средний возраст 38, 1. Средняя площадь ожога 8% | | Боль | Когнитивные и поведенческие приемы в первые дни после ожога | Опрошенные спустя 24 дня после ожога, больные сообщили, что облегчение боли приносит 3 поведенческих приема: 1.Просмотр ТВ (слушание радио) 2.Сон (самое эффективное) 3.Разговоры о боли 4. Думание о чем-либо ином. Имея дело с таким контингентом не стоит применять слишком заумные приемы |
| 14.Kiecolt-Glaser J.K. et al,1987 | 49 | Не уточнены | Оценка тревожности и податливости пациентов осуществлялась медсестрами и физиотерапевтами. Далее – регрессионный анализ с учетом тяжести ожога и времени госпитализации | Самообвинение коррелирует с тревожностью и депрессией | Лица с предшествовавшей психиатрической отягощенностью были более депрессивны и более подвержены самообвинению, нежели перед поражением |

| Авторы | Количество больных | Критерии отбора | Проблемы | Техника | Результаты |
|--------------------------------|--------------------------|-----------------|--|--|--|
| 15.Cella D.F. et al., 1988 | 48 | Не уточнены | Клинический метод и психологическое интервью | 25% больных спустя 6 месяце после ожога имели ПТСР. У 100% - значимое самообвинение и самопорицание за получение ожога | |
| 16.Patterson D.R. et al., 1990 | 54 | Не уточнены | Клинический метод | Навязчивые воспоминания – 63% ПТСР – 29,6% | 1.При выписке ни один пациент не дал клинически полного ПТСР 2.ПТСР связано с площадью поражения, длительностью госпитализации, полом |
| 17.Choiniere M. et al., 1990 | 42 больных, 42 медсестры | | Боль | Сравнение оценок боли по визуальным и вербальным шкалам | Точность оценок боли медсестрами зависти от их опытности. Часто медсестры неверно оценивают боль пациентов |

Имеются попытки повлиять гипнотерапией на заживление ожоговых ран, впервые начатые Ewin D.M. (1978, 1979, 1983). Автор внушал больным состояние «пролады и покоя». Обоснование он находил в предположениях о возможности препятствовать углублению альтерации ткани; внушение уменьшает боль, воспалительную реакцию и увеличивает сопротивляемость инфекции – заживление ран происходит быстрее и без осложнений. Внушение тепла в области ран проводила Сицкая К.В., 1982, добиваясь в них повышения кожной температуры, что она расценивала как признак улучшения микроциркуляции. Наиболее убедительны опыты Моого L.E. и Kaplan I.E., 1983, проводивших внушение тепла лишь на одной стороне тела при симметричных ожогах и добившихся «значительного улучшения» в 4 случаях из 5. Но ни они, ни предыдущие авторы не уточняли характеристики ожога и признаки улучшения.

В работе Качалова П.В., 1990 делается попытка сочетанного применения гипноза с параллельным введением оксибутирата натрия. Автор указывает на весьма успешные результаты этой методики.

Billowitz A. et al., 1988 указывает на необходимость применения обратной связи в работе с ожоговыми пациентами.

Williams E.E. et al., 1991 рекомендует проводить практические консультации в форме поддерживающей дискуссии перед или немедленно после обсуждения психологических проблем. Willis-Himlich I.I. et al., 1992 сообщает о том, что процесс возвращения к позитивному образу тела становится возможным через постепенное вербальное и «телесное» раскрытие, которое осуществляется сначала в группе ожоговых пациентов, а затем в группе, члены которой никогда не подвергались ожогу.

Из всего многообразия литературы, посвященной ожоговой травме, можно сделать вывод, что когнитивные (поведенческие) и фармакологические (селективные ингибиторы обратного захвата серотонина) меры оказывают положительный эффект на депрессию.

По отношению к ПТСР являются успешными экспозиционная терапия и десенсибилизация и переработка движения глаз.

Психологический опрос и психологическая беседа с целью профилактики хронического посттравматического реакции (**дебрифинг; психологический дебрифинг** – одноразовая слабоструктурированная психологическая беседа с человеком, пережившим экстремальную ситуацию или психологическую травму. В большинстве случаев, целью дебрифинга является уменьшение нанесенного жертве психологического ущерба путём объяснения человеку что с ним произошло и выслушивания его точки зрения) **не показала положительного влияния на ожоговых пациентов.**

Лечение проблем в социальной сфере включает в себя когнитивно-поведенческую терапию, тренинг социальных навыков, и мероприятий сообщества. Укрепление сексуального здоровья и консультирование может снизить проблемы в сексуальной жизни, и тогда, следовательно, пси-

хопатология и психологические проблемы будут определяться у значительно меньшего количества ожоговых пациентов. **Болезненные симптомы, связанные с настроением и тревожные расстройства (ПТСР) должны быть предметом скрининга в пост-ожоговой фазе и их необходимо лечить, если это требуется. Наконец, объективные характеристики, такие как уродство, как представляется, играют второстепенную роль, хотя и другие факторы, как, например, склонность к стыду, проблемы с образом тела и отсутствие самоуважения, могут иметь большое значение** (Van Loey N.E. et al., 2003)

Из современных отечественных исследований, посвященных психотерапии при ожоговой болезни, отметим работу Поляниной Д.А. «Роль психотерапии в лечении больных с ожоговой травмой», 2007. Поляниной Д.А. установлено, что в психотерапии 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 модифицированный метод десенсибилизации и переработки движениями глаз); работа с тревожно-депрессивной симптоматикой и болевым синдромом (наиболее эффективно сочетание недирективной суггестивной психотерапии и символдрамы с телесно-ориентированной психотерапией); глубинная психотерапия хронических внутриличностных и межличностных конфликтов (эффективно сочетание нескольких методик). Применение психотерапии в комплексе лечения больных с ожоговой травмой улучшает клинические показатели: в 2,8 раз снижает количество повторных операций аутодермопластики 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.

По данным катамнеза установлено, что психотерапия способствует долгосрочной профилактике развития ПТСР, повышает качество психической и социальной адаптации, приводит к гармонизации индивидуально-типологического профиля.

Полянина Д.А., 2007 предлагает следующие практические рекомендации:

1. При наличии расстройств в психоэмоциональной сфере вследствие ожоговой травмы психотерапию необходимо начинать в максимально ранние сроки.
2. Оптимальная продолжительность сессий при тяжёлом соматическом состоянии больных составляет 20-30 минут. В начале психотерапии 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 модифицированный метод десенсибилизации и переработки движениями глаз с первой сессии.
4. При выраженном болевом синдроме предпочтительно применение методик, требующих от больного минимальных умственных и эмоциональных усилий: недирективной суггестивной психотерапии, телесно-ориентированной психотерапии.
5. Глубинная психотерапия 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.

17. РЕАБИЛИТАЦИЯ, ПОСЛЕОЖОГОВАЯ АДАПТАЦИЯ И ПРОФИЛАКТИКА ОБОЖЖЕННЫХ

Ожоговая болезнь дает большое число инвалидов. По данным Всесоюзного ожогового центра (Юденич В.В. и др., 1986) сразу после выписки из стационара инвалидами было признано 6,9% по отношению ко всем лечившимся. По группам инвалидности они распределились следующим образом: 1 группа – 56,5%, 2 – 40,5%, 3 – 3%. Причинами инвалидности явились незаживающие раны и язвы, послеожоговые рубцовые деформации и контрактуры (68,6%), у 19% больных отмечались нарушения функции кисти, у 9% – ампутация конечностей. Среди инвалидов 82% составляли лица наиболее трудоспособного возраста (от 20 до 49 лет). В отдаленные сроки (3-10 лет) инвалидами остались – 69% первоначально имевших инвалидность, у большинства из них (67%) степень инвалидности уменьшилась, т.е. из I и 2 групп перешла в 3. Вот почему ожоговые реконвалесценты нуждаются в диспансерном наблюдении и лечении, направленном на их возвращение к труду.

Послеожоговые рубцовые деформации – поздние осложнения ожогов. Примерно 75% реконвалесцентам показано лечение рубцов консервативными методами, а 40% взрослых и около 35% детей, перенесших глубокие ожоги, нуждаются в восстановительном хирургическом лечении.

Как отмечает Юденич В.В. и др. (1986), реабилитация – это процесс предупреждения инвалидности в период лечения заболевания, а в последующем – помощь инвалидам в достижении максимальной физической, психической, профессиональной, социальной и экономической полноценности, возможной в рамках существующей болезни.

В реабилитации обожженных выделяют обычно 2 основных периода: до заживления ожоговых ран и выписки больного из стационара и период устранения последствий термического поражения. Специфика течения и исходы ожоговой травмы в значительной степени известны заранее. Поэтому авторами высказывается мысль о необходимости включения в программу лечения, направленную в основном на восстановление утраченного кожного покрова, комплекса мероприятий, обеспечивающих пострадавшему возможность вернуться к своей профессиональной деятельности, а при значительных дефектах органов и тканей – выполнять более легкий труд, посильный при данном виде поражений.

Отмечается, что кроме восстановления физической активности, успех реабилитации в большой степени зависит от того, насколько восстановлен внешний облик обожженного. Авторы отмечают, что роль этого фактора непрерывно возрастает в результате роста эстетической требовательности к своей внешности. Например, келоидные разрастания на открытых частях тела, не отражающиеся на физической активности, снижают трудоспособность, причиняют пациентам страдания, вынуждают их ограничивать свое существование рамками семьи. В результате все это сказывается на психическом состоянии больного, вызывает депрессию, чувство подавленности, индивидуальной и социальной неполноценности. Вот почему первоочередная задача в остром периоде ожога, направленная на спасение жизни пострадавших, не должна заслонять или умалять значение других мероприятий по сохранению или восстановлению его физической активности и внешнего облика. Эти два фактора, по мнению авторов, определяют всю систему реабилитационных мероприятий, которые должны проводиться от момента поступления обожженного в стационар до достижения ими максимальной степени физической активности и восстановления оптимального физического облика.

Ожоговые раны, пребывание в условиях ожогового отделения, длительное лечение, перевязки, операции, их ожидание – все это является непрерывной цепью психотравмирующих ситуаций. Актуальным остается вопрос о соотношении экзогенных и психогенных расстройств, часто обсуждающийся в отечественной литературе (Гельфанд В.Б., Николаев Г.В., 1984; Николаев Г.В., 1991).

Как считают эти авторы, между экзогенными и психогенными расстройствами существуют реципрокные взаимоотношения: чем тяжелее соматические расстройства, выраженнее астенический синдром, тем меньше в клинике расстройств психогенного генеза, и, наоборот, при улучшении соматического состояния и уменьшения астении, начинает доминировать психогенная симптоматика. Т.е., психогенные расстройства прямо связаны с интоксикацией, с соматическим состоянием, психогенные – с психотравмирующей ситуацией.

При ожоговой болезни больному рано становится ясно, что утрачена внешняя привлекательность (дефекты внешности, обезображивающие рубцы, ампутации), что нарушена трудоспособность. После выписки больной также стоит перед рядом проблем: личных, семейных, социальных. Большая часть этих проблем несет в себе потенциальную психотравму. Поэтому психогенные тревожно-депрессивные расстройства наблюдаются не только в остром периоде ожоговой болезни, но и на отдаленном этапе.

Установлено, что после выписки аффективные нарушения становятся не только ведущими, но и определяющими во многом поведение больных, влияя на адаптацию и дезадаптацию, поэтому лечение должно включать обязательно психотерапию в разных вариантах (индивидуальную и групповую, рациональную и суггестивную, вплоть до социотерапии).

К сожалению, психологический вопрос реабилитации и адаптации разработан мало.

Ряд авторов отмечают трудности приспособления к новой социальной роли после ожогового поражения (Robbi D.Simons et al, 1970). Многочисленные психологические травмы происходят из-за длительной разлуки с любимыми, потерей прежнего здорового состояния и потерей чувства неуязвимости. Кроме того, многие пострадавшие теряют чувство своей привлекательности, а те люди, у которых произошла потеря отдельных частей тела, также чувствуют себя ущемленными (Hamburg et al, 1953; Кјаег, 1969). Robbi D.Simons et al. 1970 пытались ответить на вопрос, как связаны жизненные стрессы и ожоги. Они провели исследование с помощью ММРІ у тех больных, которые ретроспективно отмечали наличие стрессовой ситуации перед ожогом. В целом, цифры на ММРІ не были заметно повышены. Однако, чаша весов часто перевешивала в сторону гипомании, психопатических отклонений и отклонений как в сторону женоподобности, так и в сторону мужеподобности. Авторы высказывают гипотезу, что это связано с повышенной частотой поведения этих больных, связанного с риском, что отмечалось в их историях болезни до получения поражения. Отмечается, что отношение к медицинскому персоналу во время госпитализации и подготовки к выписке проявлялось совершенно по-разному: больше всего больные содействовали работе психолога, хирургов, нянечек, сестер. Стресс проявлялся у всех больных по-разному, но присутствовал у всех. Авторы отмечают,

что на адаптацию после госпитализации влияет общение с людьми и взаимоотношения с ними. Авторы считают, что существует взаимосвязь между предыдущей жизнью больного, адаптацией к больничной среде и длительной адаптацией. Они предлагают следующую модель адаптации к ожогу.

Модель адаптации к ожогу (по Robbi D.Simons et al, 1978)

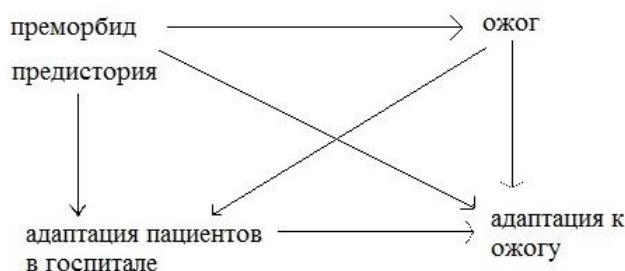


Рисунок 9. Модель адаптации к ожогу (по Robbi D. Simons et al., 1978)

Как отмечает White A.C., 1982, практически у всех пациентов, перенесших ожоговую травму, наблюдаются нарушения психологического характера, а в 1/3 случаев наблюдаются относительно тяжелые и тяжелые последствия.

Что касается взаимосвязи между психическим расстройством и областью поражения, то как ни странно, но область ожоговой травмы не влияет на частоту встречаемости и степень тяжести психологических последствий.

Что касается взаимосвязи между психическим расстройством и полом, социальным происхождением, а также характером несчастного случая, то между частотой случаев психических заболеваний у мужчин и женщин существенной разницы не было. Лица, получившие травмы в быту, отнюдь не реже страдали психическими расстройствами, чем лица, пострадавшие на производстве. Также не было замечено большого различия между социальной группой женщин с ожоговыми повреждениями и группой женщин, страдающих психическими заболеваниями.

Среди факторов, предсказывающих возможность развития неврозов следующие:

1. Неврозы чаще встречались у больных в возрасте 36-45 лет, живущих в одиночестве или с тремя и более детьми.
2. Наличие определенных психологических состояний: волнение, депрессии и т.д.
3. Длительность пребывания в стационаре и степень тяжести ожоговой травмы.

Делается очень важный вывод о том, что случаи посттравматических неврозов можно устранить, если больным, нуждающимся в помощи психиатра, сразу же после несчастного случая проводить соответствующее лечение.

В дальнейшем выводы этого автора были подтверждены работами Brown B. et al (1988), Faber A.W. et al (1987), Williams E.E. et al (1991).

Вопрос профилактики ожогов практически не обсуждается в зарубежной литературе. Мы можем указать на единственную статью Andreasen N.I.C., где автор в качестве единственной меры профилактики ожогов предлагает «безопасное» поведение». Среди отечественных авторов вопросами факторов риска и профилактики ожогов в быту и на производстве занимался Вороненко Ю.В. (1990,1991). Он указывает, что: **вероятность ожогов зависит от комплекса социально-экономических, демографических и климато-географических факторов.**

Уровень бытового и производственного ожогового травматизма различается среди городского и сельского населения, мужчин и женщин, лиц разных возрастных и профессиональных групп, частоте ожогов, существенно колеблется по сезонам года, дням недели и времени суток.

Нужно учитывать, что множество травм под общим названием «ожоги» весьма неоднородно и представляет собой совокупность совершенно различных по этиологии, механизмам возникновения и профилактики видов повреждений. Указывается, что с точки зрения разработки дифференцированных мер предупреждения ожогового травматизма следует различать следующие четыре основные группы ожогов: поражения пламенем, обваривания (ожоги горячими неагрессивными жидкостями), химические и электрические. Остальные виды ожогов (горячими предметами, паром, смолой, радиационные) встречаются гораздо реже.

Автор предлагает и обосновывает структурно-функциональную модель системы профилактики ожогов. Эта модель содержит две качественно различающиеся группы мер: активно-конструктивные и

пассивно-оборонительные. Меры пассивно-оборонительной профилактики включают в себя рекомендации, направленные на человека и направленные на среду обитания и меры активно-конструктивной дидактики, включающие в себя рекомендации для органов народно-хозяйственного планирования по разработке новых (или усовершенствованию существующих) приборов и процессов, потенциально неопасных с точки зрения получения ожогов в быту и на производстве. (см. табл. 18).

Таблица 18

Профилактика бытовых и производственных ожогов (по Вороненко Ю.В., 1990, 1991)

| 1. Меры пассивно-оборонительной профилактики | |
|---|--|
| а) направленные на человека | б) направленные на среду обитания |
| <p>1) морфофизиологические особенности организма (ясельный возраст – недостаточное физическое развитие, утонченный кожный покров, неадекватная реакция на опасность, недооценка степени риска, неестественная для возраста мотивация поведения; старческий возраст – дефекты зрения, слуха, дискоординация движений, патология опорно-двигательного аппарата, замедленная реакция). Профилактика: усиление надзора, «постоянное напоминание о возможной опасности, о последствиях неосторожного обращения. Исключение вероятности ожогов (недоступность спичек, блокировка электр. розеток и т.д.).</p> <p>2) Сверхактивный психологический статус (дети дошкольного, школьного возраста, подростки мужского пола – повышенная любознательность, недисциплинированность, игнорирование опасности, ситуации, стремление в поведении показать удал, силу, бесстрашие, стремление проверить свои возможности в опасных ситуациях. Профилактика: воспитательные и разъяснительные меры, вовлечение в общепользную деятельность.</p> <p>3) Образ жизни человека, включающий 4 категории: экономическую, уровень жизни, социологическую – «качество жизни», социально-психологическую – «стиль жизни», и социально-экономическую «уклад жизни». Из мер указываются только «оптимизация» образа жизни, причем стиль жизни назван «менее управляемым» (т.е. индивидуальные особенности поведения и мышления).</p> | <p>1) исключение или ограничение патогенного воздействия окружающих человека в быту и на производстве травмоопасных предметов и ситуаций – профилактический техосмотр – чистка промасленной или пропитанной горючими материалами одежды – не пользоваться легковоспламеняющимися предметами для разжигания печей и плит – не сжигать в жилище никакие бытовые отходы; – не курить в постели – не сушить одежду и белье над открытым огнем – не пользоваться в жилище паяльными лампами – пользоваться только исправными электробытовыми приборами – не пытаться самостоятельно, без профессиональных навыков производить ремонт электросети в помещении и за его пределами, а также электросварочные работы – при работе с химически агрессивными веществами: надевать защитные очки, резиновые перчатки и клеенчатый передник, хранить такие вещества под замком – осторожная работа с утюгом</p> |
| <p>2. Меры активно-конструктивной профилактики включают в себя рекомендации для органов народнохозяйственного планирования по разработке новых (или усовершенствованию существующих) приборов и процессов, потенциально неопасных с точки зрения получения ожогов в быту и на производстве.</p> | |
| <p>Аспекты профилактики: региональный, факторный, контингентный, нозологический</p> | |

Таблица 19

Характеристика мер профилактики

| Меры профилактики | | |
|--|--|---|
| Активно-конструктивные | Пассивно-оборонительные | |
| <p>Рекомендации по разработке новых травмобезопасных приборов, средств и предметов в быту и на производстве. Учет этиологии ожогов (горячими жидкостями, пламенем, химически агрессивными веществами, электрическим током.</p> | направлены на индивидуум | направлены на среду обитания |
| | <p>Учитываются: морфофизиологические особенности сверхактивный психологический статус образ жизни, уровень, качество, стиль, уклад жизни периоды риска: сезон, день, время</p> | <p>Ограничение воздействия предметов, действий и ситуаций. Общие и частные меры. Уменьшение отрицательного воздействия социальной среды. Взаимодействие с семьей, трудовым коллективом.</p> |

Исследования психологического влияния ожоговой травмы часто концентрируются на крупных ожогах, в то время как небольшие ожоги в значительной мере игнорируются. В проспективном исследовании Tedstone J.E., Targier N, 1997, были опрошены 45 больных с ожоговой травмой в диапазоне от 1% до 40% общей площади поверхности тела в течение 2 недель после получения ожога, и спустя примерно 3 месяца после ожога с целью изучения распространенности проблем с психическим здоровьем. Распространенность клинически значимого уровня тревожности, навязчивостей и избегания оставалась похожей через 2 недели и 3 месяца после ожога, однако, распространенность депрессии и посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) увеличилась в 6 и 4 раза, соответственно, спустя 3 месяца. Пациенты с небольшим ожогом (1% или менее) также продемонстрировали клинически значимый уровень психологических трудностей в послеожоговом периоде. Это исследование можно рассматривать как яркое подтверждение необходимости оказания психологической помощи всем обожженным, независимо от тяжести ожогового поражения.

Многие ожоговые пациенты имеют опыт психосоциальных проблем, таких как изменение личности, посттравматическое стрессовое расстройство, семейные неприятности, и проблемы, связанные с материальным обеспечением. Самыми основными факторами риска по мнению Park SY et. al., 2008, являются два фактора: отсутствие семейной поддержки и бремя финансовых расходов. В число существенных факторов риска входят: проблемы лечения ожога, проблемы реабилитации и проблемы социального информирования острых и хронических ожоговых пациентов. Бремя медицинских расходов было фактором риска среди факторов для хронических ожоговых пациентов. Эти результаты свидетельствовали, что активное вмешательство ожоговой команды, в том числе специалистов в области психического здоровья (психолог, психиатр или социальный работник) может снизить психосоциальные проблемы у ожоговых пациентов и содействовать социальной реабилитации.

Высказывалась гипотеза о том, что ожог вследствие электрической травмы может иметь неблагоприятный прогноз для реабилитации и возвращения к работе. Сравнительное исследование 10 больных с электротравмой и 7 больных с «неэлектрическими» ожогами показало, что у всех 17 больных имелись клинически значимые эмоциональные проблемы в процессе реабилитации. Пациенты с электрическими ожогами имели наиболее тяжелые психопатологические симптомы и наименьшую вероятность возвращения на работу. (Mancusi-Ungaro HR Jr et. al., 1986)

В нашей стране Гуриным И.В., 1996 разработана и апробирована программа комплексной профилактики и терапии ПТСР при ожоговой болезни.

Программа комплексной профилактики и терапии ПТСР у пострадавших с ожогами (по Гурину, 1996)

Основное звено профилактики ПТСР у пострадавших с ожогами – раннее выявление лиц с повышенным риском развития ПТСР.

Оптимальным является проведение специальных психопрофилактических обследований ожоговых больных, пострадавших в различных чрезвычайных ситуациях.

Целесообразно этот контингент пострадавших обследовать в течение первых месяцев после травматического события по специально разработанной программе:

Таблица 20

Программа комплексной профилактики и терапии ПТСР у пострадавших с ожогами (по Гурину, 1996)

| Блоки | Название и содержание блока |
|--------------------|--|
| Первый блок | Целенаправленный сбор анамнестических сведений |
| | Требуется обратить особое внимание на обстоятельства травматической ситуации, выраженность аффектов страха, тревоги, наличие лично значимых потерь: утрата имущества, гибель родных, близких. Следует получить сведения о периоде детства, о физических и психологических травмах в прошлом, уточнить наркологический анамнез, получить информацию о наличии характерологических особенностей, акцентуаций в преморбиде. |
| Второй блок | Специальное обследование с помощью экспериментально-психологических опросников позволяет выявить особенности, свидетельствующие о повышенном риске развития ПТСР у пострадавших |
| | Шкала последствий событий (Horowitz), опросник тревоги (Spielberger), опросник депрессии (Beck), глоссарий механизмов психологических защит (Vaillant). |
| Третий блок | Клинико-психопатологическое обследование, ориентированное на выявление специфических симптомов, характерных для ПТСР |
| | Выявление тревоги, депрессии, аффективных галлюцинаций, тревожных руминаций, пугливости, чувства обиды, болевой гиперестезии. Все эти расстройства, не будучи синдромально оформленными, могут эпизодически появляться уже спустя 3-4 недели после перенесенного травматического события. |

У выявленных лиц с повышенным риском развития ПТСР целесообразно использование комплекса профилактических мероприятий, направленных на предотвращение развития данной патологии. В этих целях показаны превентивные психотерапевтические воздействия, в частности, когнитивная психотерапия, задачей которой является экстренная помощь в пересмотре и эмоциональном отреагировании чувств и психотравмирующих переживаний, связанных с перенесенным травматическим событием. Кроме того, в этом периоде целесообразно назначение малых доз психотропных средств.

В комплексной терапии **уже развившегося заболевания** использовались различные лечебные методики: психотерапевтические (когнитивная психотерапия, аутотренинг, семейная психотерапия), медикаментозные (анксиолитики, антидепрессанты, адаптогены, ноотропы, адrenoблокаторы, "мягкие" нейролептики, витамины), неспецифическая биологическая терапия (лазеротерапия), лечебная физкультура.

На стадии невротических расстройств терапевтические воздействия были направлены на решение следующих задач: отреагирование зафиксировавшихся психотравмирующих переживаний, связанных с перенесенной стрессовой ситуацией; купирование или смягчение клинических проявлений болезни; повышение уровня адаптационных возможностей больных.

На стадии патохарактерологических изменений личности лечение было ориентировано на купирование и смягчение психопатологических проявлений заболевания; нивелирование приобретенных негативных изменений характера; формирование мотивационной установки на осознанный отказ личности от неадекватных форм реагирования с последующим обучением навыкам психологической саморегуляции; отреагирование сохранившихся психотравмирующих переживаний, связанных с изначально перенесенной психогенией.

Все эти цели достигались комплексной терапией, включающей в себя целенаправленные психотерапевтические воздействия с уделением особого внимания семейной психотерапии, дифференцированную (с учетом преобладающей психопатологической симптоматики) медикаментозную терапию, а также меры по оказанию социальной поддержки и адекватной профессиональной ориентации больных.

Имеет значение методика, используемая при тренировке копинг-умений. Порядок тренировки копинг-умений может влиять на результаты лечения, успех методов копинга, и в целом на уровень дистресса. Обучение методам стабилизации и успокаивающим методам должны предшествовать тренингу копинга преодоления напряженных жизненных событий (Fauerbach J.A. et al., 2009).

Остановимся теперь на **некоторых проблемах реабилитации ожоговых больных.**

Уязвимость ожоговых больных обозначает не только нарушение эмоциональной регуляции, проявляющееся в каком-то месте и времени, но и предрасположенность вести себя не с полной отдачей. Врачи же зачастую теряют цель полной реабилитации, прибегают к таким методам лечения, которые уменьшают некоторые симптомы (применяют препараты против бессоницы, хирургическим путем освобождают суставы, стянутые контрактурами). Члены семьи привыкают и мирятся с дефектом. Что, вероятно, определяет для многих людей способность эффективно использовать свои ресурсы, так это – чувствуют ли они, что они могут сохранить чувство надежды. С одной стороны, имеется приспособление к реальности (к уродству), с другой – для больного важно верить, что для них есть какое-то место в жизни и есть возможность к прогрессу, несмотря на свое уродство. Как писал В. Russel, у человека имеется потребность ожидать что-то от будущего, иметь некоторое количество счастья, и ожоговый больной, который теряет всякую надежду на будущее, обычно впадает в отчаяние. Некоторым отчаяние больных кажется безразличием, но по сути дела – это апатия, отчаяние без какой-либо энергии. Хотя они не приносят особого беспокойства своим врачам, они мало стараются способствовать собственной реабилитации.

Ожоговый больной является жертвой психогенной реакции и общественного отношения, и поэтому он не может избежать страданий. Необходимо искать факторы, которые в ранний период уже дают информацию о перспективах реабилитации. Цель лечения в период реабилитации – восстановить веру в себя, разобраться в своих чувствах, помочь пациенту контактировать с другими лицами, подготовить семью пострадавшего к общению с ним и пониманию его роли в послегоспитальный период. Методы вмешательства и время являются важными факторами, определяющими эффективность помощи больному. Очень многое зависит и от персонала, который работает с больным. Отметим, что восстановление ожогового пострадавшего требуют командных усилий. В этом контексте не должны быть забыты родственники потерпевших, спасатели и работники здравоохранения. Cella D.F. et al., 1988 в своей работе, посвященной изучению психологического состояния родственников обожженных указывают, что родственники обожженных имели высокий уровень дистресса во время

нахождения больного в стационаре. Спустя шесть месяцев, общая психологическая симптоматика родственников была в пределах нормы, но 25% из них по-прежнему имели конкретные стресс-синдромы, характеризующиеся навязчивостями и избегающим поведением в связи с пережитым стрессом по поводу имевшего место ожога. Значимым предиктором сохранения стресс-синдрома было обвинение себя за получение ожога родственником.

Итак, мы указали на основные принципы и цели психологической коррекционной работы с больными, имеющими ожоги, и указали некоторые возможные методы и техники. Часть из них направлена прежде всего на выработку адекватных форм поведения и общения в самых разнообразных ситуациях, на формирование коммуникативных навыков, на совершенствование личностного контроля и т.д. Целью другого направления является изменение общей самооценки, а также частной самооценки своей внешности в адекватном направлении, повышение уверенности в себе, коррекция установок, реконструкция в возможный пределах измененной системы отношений, пересмотр сохраненных социальных ролей и выработка новых, развитие адекватных форм психологической компенсации.

18. РАБОТА ПСИХОЛОГА В ОЖГОВОМ ЦЕНТРЕ

Психологическая работа с обожженными имеет большое значение. На важность этого аспекта при лечении пострадавших указывают большинство авторов, правда, детальная разработка вопроса в доступной нам литературе практически не встречается. Авторы ограничиваются лишь общими указаниями. Следует отметить работы Mieszala R.N., 1977 и Dalia Gilboa, 1984, которые посвящены психологической работе с обожженными. В последней статье описывается модель бригадного метода работы в ожоговом отделении. Цель модели – стимуляция эмоциональных и познавательных поведенческих реакций, которые необходимы для положительной адаптации больного во время госпитализации и реабилитации и помогут избежать других нежелательных реакций. Для оптимального лечения пострадавшего необходима групповая кооперация медперсонала и связующую функцию выполняет психолог. С его помощью связываются в один узел различные аспекты лечения: физический и эмоциональный. Психолог выступает как часть персонала отделения, сопровождает больного с момента его поступления и до выписки его из отделения. Автор указывает на то, что тяжелая физическая и эмоциональная травма от ожога независимо от того, получена ли она в мирное время или в военное, не кончается после того, как произошло это событие, а лишь начинается с момента длительного пребывания в больнице вследствие эмоциональных трудностей, возникающих у больных. Конечной целью психологической помощи является: 1. Помощь больному, его семье и персоналу. 2. Осуществление наилучшей реабилитации после выписки и тем самым предупреждение нежелательных психологических последствий. А для этого надо понять: а) как человек защищает себя от огромных трудностей, возникающих в результате стресса, нанесенного ожоговой травмой, и какие из этих механизмов более эффективны на продолжительном этапе времени, чем те, которые дают лишь немедленное облегчение; б) как помочь формированию таких успешных защитных реакций, вместо реакций направленной адаптации, которые могут нести в себе физический и эмоциональный риск во время госпитализации, ставя тем самым под угрозу процесс реабилитации.

Психолог должен выступать как часть персонала отделения, сопровождать больного с момента его поступления и до выписки из отделения. В течение первых дней пребывания в больнице психолог встречается с больным и узнает о его семейном и общественном положении, о его личности, обстоятельствах травмы и теперешнем состоянии пациента, что является мостом между его прошлым и будущим состояниями. Позднее проводятся регулярные встречи, связанные с тем, чтобы помочь пациенту справиться с его состоянием. Авторы (Dalia Gilboa, 1989) предлагают даже, чтобы психолог принимал участие в физическом лечении, помогая тем самым «предотвратить изоляцию поврежденной физической части тела от поврежденной эмоциональной части». Когда больной в качестве защитной реакции использует отрицание и изоляцию поврежденного участка, то психолог работает с ним над тем, чтобы понять причины проблемы и дать ему разобраться в себе, что облегчит больному преодоление трудностей. Кроме того, психолог помогает пациенту сменить реакцию изоляции, пользуясь методами модификации поведения. Там, где имеются сильные, острые эмоциональные и поведенческие реакции, психолог также помогает в их преодолении. Он проводит ежедневные обходы больных в палатах вместе с персоналом и, в некоторых случаях даже сопровождает больных в операционную. Психолог проводит отдельные и групповые совещания с коллективом, обслуживающим палату, он встречается с профессионалами, которые будут заниматься реабилитацией больного в будущем, чтобы создать связь между стадией госпитализации и реабилитации.

Основной упор в данной модели делается на следующие моменты:

1. Выявление и лечение физических и эмоциональных нарушений у больных.
2. Вовлечение семьи больного в лечение.
3. Активное сотрудничество всех, кто работает с больными, занимается их лечением, благополучием и выздоровлением. Координатором и объединяющим звеном всех этих лиц является клинический психолог.

Автор оговаривает, что модель только в том случае будет работать хорошо и эффективно, когда старший медперсонал хорошо осознает значимость эмоциональных аспектов, с которыми сталкивается больной на его пути к выздоровлению. Если это недооценивается, то психолог как представитель эмоциональной стороны будет отвергаться, а это создает опасность начала дополнительных процессов разъединения между больным и персоналом, что может повлечь эмоциональные осложнения. Mieszala R.N. обращает внимание на психологические параметры, которые должны учитываться при лечении обожженных. Психологическая помощь направлена, в основном, на будущую успешную адаптацию больного. Подчеркивается важность сбора сведений о больном, которые могут быть получены от родственников пострадавшего, от самого пациента. Подробно разработаны цели и методы психологического вмешательства. В начальной или острой фазе болезни целью является помощь в поддержании ориентации, нейтрализация «флуд-реакции», способствовать снижению боли, помочь преодолеть начальное чувство раздражения и вины, оценить и применить вспомогательные меры. Цель психологического вмешательства в период реабилитации – восстановить веру в себя, разобраться в своих чувствах. Необходимо активно вовлекать больных, начинать реабилитационные программы, встречаться с семьей больного и его друзьями для поощрения общения и вовлечения их в психологическую и физическую реабилитацию. Понделичек Л. и др. (1983) считают при этом необходимым проводить своеобразный отбор допускаемых к больному лиц из числа его близких: в уходе за больным предпочтительны лица флегматичного или сангвинического темперамента, способные к подавлению эмоциональных реакций и к отрицанию тягостных аспектов реальности.

Рекомендации психологу, работающему в клинике термических поражений (Лафи С.Г., 1995): работа психолога в Ожоговом центре, несомненно, важна и необходима. Ожоговая травма влечет за собой серьезные психологические перестройки личности, нередко дезорганизует дальнейшую жизнь пациента, влияет на его отношения с социумом. Как показано в нашей работе (Лафи С.Г., 1995), уже на ранних этапах пребывания обожженного в клинике (периоде конца шока-токсемии, токсемии) можно «уловить» развивающееся неадаптивное психологическое реагирование пациента, которое впоследствии, если не осуществлять психологическую помощь, может нести риск развития серьезных психологических нарушений и даже заболеваний.

Очень большое значение имеет для пациента (и для психолога) беседа. При проведении беседы нужно помнить о том, что критерии, которые используются обожженным для оценки и прогнозирования ряда симптомов, зачастую отличаются от объективных медицинских критериев. Всегда надо обращать внимание на язык больного, ибо в нем находит отражение и структура переживаний обожженного. Анализ переживаний должен обязательно включать оценку адекватности описания больным своего состояния. Во время беседы психолог прежде всего получает информацию о ведущих симптомах, не забывая о том, что есть проблема, о которой больной сам рассказывает, и проблемы, которые могут формироваться и существовать неосознанно, оказывая влияние на поведение больного. При выявлении структуры переживаний обожженного необходимо также учитывать: 1) источники информации, которые используются обожженным при формировании переживаний (сведения, почерпнутые из газет, журналов, радио, телевидения, родственников, друзей, обожженных соседей по палате, случайно оброненных слов врача, обслуживающего персонала, собственных умозаключений и т.п.), 2) роль моральных ориентаций, 3) возраст и пол обожженного, 4) сведения о прошлых заболеваниях.

При исследовании переживаний необходимо изучить систему ценностей обожженного, в основе которой находится оценка состояния здоровья. При формировании переживаний значение ее огромно. Иногда система ценностей, имеющая отношение к переживанию обожженным своего дефекта, выступает как конкурирующая в общей системе ценностей личности, где занимает определенное место. В иерархии ценностей личности каждый симптом занимает свое место. При изучении ведущих психологических симптомов болезни необходимо объективно выяснить, какие из них являются главными, а какие – второстепенными. Но для каждого больного ценность симптома очень часто определяется не клинической, а личностной его значимостью.

Разница между субъективной и клинической «ценой» симптома дает представление о степени субъективного преувеличения или преуменьшения проявлений заболевания. Выявление диссоциаций

между этими оценками является важной задачей исследователя, особенно в плане психологической коррекции и создания адекватной модели ведущих симптомов уже на ранних стадиях заболевания. Большое значение имеет «схема тела», ибо с ее помощью разнообразные ощущения приобретают пространственно-временной и эмоциональный фон.

В процессе опроса мы старались узнать:

1) испытывает ли больной чувство телесного дискомфорта, и если да, то в каких частях тела и какая при этом окраска эмоциональных переживаний, особенно при наличии косметических и анатомических дефектов;

2) каково пространственное расположение неприятных ощущений или болей относительно координат тела, степень локальности, глубины, четкости границ и т.п.;

3) какие изменения или нарушения в собственном теле представляют для больного особое значение, и с чем это связано;

4) как воспринимается телесный дискомфорт во временном аспекте: настоящем, прошедшем и будущем, его отношение с ощущениями в данное время;

5) какие факторы позволяют лучше ощутить свое тело, а какие факторы изменяют представление о своем теле, и др.

С самого начала следует гибко подходить к изучению структуры переживаний обожженного и его отношения к полученной травме, поскольку это структура очень изменчива и каждый элемент ее обладает определенным эмоциональным зарядом. Вот почему беседа и опрос не должны быть стандартными и каждый исследователь творчески должен подходить к этим (одним из основных) методам исследования личности обожженного. Значительную пользу оказывает применение коротких по времени и информативных психологических методик: теста исследования депрессии и тревожности, цветового теста Люшера.

В зависимости от стадии лечения и поставленных целей в психокоррекционной работе можно добавлять элементы модифицированной методики самооценки Дембо-Рубинштейн (как правило, обожженные способны выполнить ее лишь в периоде реконвалесценции), элементы опросника самоотношений. Но применение последних методик сугубо индивидуально и вряд ли они могут быть рекомендованы в качестве универсальных для всех обожженных в остром периоде ожоговой болезни.

В конечном счете, задача психолога – осуществить психологический сдвиг в поведении обожженного в сторону большей независимости и усиления у него чувства ответственности за себя. В итоге именно обожженный принимает на себя ответственность за свою дальнейшую психосоциальную будущность.

В заключение приведем общую стратегию, которой, на наш взгляд, должен руководствоваться психолог в повседневной работе:

- помочь пациенту осознать стрессовую ситуацию как таковую;
- рекомендовать пациенту искусственно не усложнять стрессовую ситуацию (не пережевывать ее, не переживать), устранить имеющиеся когнитивные ошибки;
- по возможности переформировать, преобразовать, переформулировать проблемную область;
- попытаться устранить патогенные, болезненные стрессоры;
- помочь обожженному нейтрализовать стрессоры путем переосмысливания и нахождения конструктивных решений стоящей перед обожженным проблемы;
- помочь скорректировать обожженному его собственные установки по отношению к нерешаемой проблеме;
- помочь устранить негативные эмоции;
- сознательно преследовать цель психического здоровья, руководить положительным эмоциональным настроением;
- организовать положительно окрашенные ситуации, которые помогали бы удовлетворению важнейших потребностей обожженного (потребность в общении, внимании, информированности и т.д.);
- помочь в осуществлении психологической защиты слабых мест пациента (чувствительности, обидчивости, гиперреактивности);
- помочь избавиться от обусловленных стрессом установок и поступков;
- научить обожженного познанию путей возникновения болезненных симптомов;
- способствовать устранению психологических следствий стресса через психокоррекционные техники (движения, расслабления, релаксации, аутогенной тренировки, биообратной связи, помимо описанных выше);

- рекомендовать обожженному правильно соразмерять свои силы с учетом ближней и дальней перспективы, контролировать ситуацию и активно ориентироваться на добро и общечеловеческие жизненные ценности;
- вовлекать в психологическое сотрудничество с обожженным родственников и врачей.

19. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ВОПРОСА

Мы попытались осветить наиболее обсуждаемые вопросы, касающиеся психологических аспектов ожоговой травмы. Изучение ожоговой травмы междисциплинарно: ожоговую травму изучают хирурги, терапевты, психиатры, нейрофизиологи, психологи и ряд других специалистов. Часть вопросов, касающихся психологических аспектов ожоговой травмы, разработана на сегодняшний день вполне удовлетворительно, часть – находится только в начале своей разработки. Клинических психологов в ожоговых отделениях все еще мало. Широкодоступная комплексная работа, направленная на психологическую помощь ожоговому пациенту как в остром, так и в отдаленном периоде ожогов, имеет все еще ограниченный характер. Отсутствуют комплексные исследования динамики личностных особенностей в отдаленном этапе ожоговой болезни, отсутствует методология подобных исследований. Отсутствуют работы, посвященные психопрофилактике термической травмы и ее последствий. Реализация указанных направлений – дело будущего, и дело, требующее совместных усилий всех участников лечебного и реабилитационного процесса: лечащих врачей, психотерапевтов, среднего и младшего медицинского персонала, клинических психологов, социальных работников, родственников и ближайшего окружения человека, подвергшегося термической травме.

20. ПОСЛЕСЛОВИЕ

Несколько слов в заключение работы. Широкое разнообразие обсуждаемых вопросов открывает простор для научно-исследовательской мысли. Автор сознательно выбрал по возможности объективное изложение всех затрагиваемых вопросов, ограничившись, в основном, приведением полученных научных фактов, предоставляя возможность каждому познакомившемуся с данной монографией составить собственное мнение относительно обсуждаемых тем. В данной работе автор сознательно не стал подробно обсуждать следующие (во многом дискуссионные) вопросы: какими факторами обусловлена адекватность поведения при получении ожога, можно ли прогнозировать индивидуально-специфическую реакцию на ожог и какие научные методы могут быть адекватны на этом пути. Как объяснить феномены расщепления сознания в состоянии ожогового шока (разнообразные клинические наблюдения убеждают автора, что этот феномен встречается также при других тяжелых состояниях, в частности, инфарктах) и в какой степени феноменология описываемых состояний сознания отражает структуру личности пострадавшего от ожога, и как это может использоваться при оказании психологической помощи пострадавшему. Какими могут быть психологические характеристики групп хорошей адаптации при ожоговой травме (или единичные случаи хорошей адаптации). Какова роль (соотношение) психологических и биологических механизмов в возникновении травматического стресса и посттравматических нарушений при ожоговой травме (вопрос, имеющий как практическое, так и методологическое значение). Какими могут быть меры психопрофилактики получения ожоговой травмы (например, у лиц, которые по роду деятельности подвергаются такой опасности) и психологических последствий уже полученной ожоговой травмы (автор убежден, что подобная психопрофилактика возможна). Автор сознательно в данной работе не стал подробно аргументировать свою точку зрения касательно формирования отдаленных устойчивых личностных изменений (деформаций) у пострадавших от ожогов (решающая роль в которой, по мнению автора, принадлежит в большинстве случаев получаемой обратной связи от социума) и необходимости построения в связи с этим совершенно особой системы психологической помощи и психотерапии. Изложение этих вопросов требует дополнительной тщательной проработки и будет являться предметом отдельной работы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Азолов В. В., Пономарева Н. А., Шишулина Г. П. Эффективность работы специализированных ожоговых отделений РСФСР // Третья Всесоюзная конференция по проблеме "Современные средства первой помощи и методы лечения ожоговой болезни" М., 1986. – стр.10-12.
2. Алексеев А.А., Лавров В.А. Актуальные вопросы организации и состояние медицинской помощи пострадавшим от ожогов в Российской Федерации. журнал Комбустиология, номер 35, 2008 (электронное издание, сайт www.burns.ru).
3. Алексеев В.В. Современные представления и основные принципы терапии боли Российский медицинский журнал (электронное издание). http://www.rmj.ru/articles_7446.htm
4. Алексеев В.В. Современные представления и основные принципы терапии боли Российский медицинский журнал (электронное издание). http://www.rmj.ru/articles_7446.htm
5. Аналитический научный обзор .Тема: Феномен боли в культуре Руководитель: канд. филос. наук, ст. н. с. Центра медиафилософии Г. Р. Хайдарова Санкт-Петербургский государственный университет Философский факультет Номер проекта: 23.23.1423.2011
6. Арьев Г. Я. Термические поражения. Изд-во "Медицина". Л., 1966. – стр. 24,.
7. Белов А. С. Психотерапия невротических состояний у ожоговых больных // Вопросы психотерапии в общей медицине и психоневрологии. Харьков. 1968. стр. 373.
8. Бердяев Н. Экзистенциальная диалектика божественного и человеческого. Глава 5. Страдание стр.290-299. Воспроизводится по изданию: О назначении человека. М.: Республика, 1993. 383 с.
9. Богаченко В. П. Нервно-психические нарушения при ожоговой болезни (клинический аспект проблемы). Докт. дисс. Л., 1964.
10. Вассерман Л.И. и др. Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни: Методические рекомендации. Л., 1987. –16 с.
11. Вассерман Л.И. и др. О психологической диагностике типов отношения к болезни // Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии. Л., 1990. С. 8–16.
12. Войно-Ясенецкий В.Ф. Дух, душа и тело. Православный Свято-Тихоновский Богословский Институт, Москва, 1997. 54 с.
13. Волошин П. В. О нейрогенных структурно-функциональных системных механизмах патогенеза ожоговой болезни. Докт. дисс., Харьков. 1972.
14. Волошин П. В. Эмоциональные нарушения при ожоговой болезни. Врачебное дело 2: 110-122. 1976.
15. Вороненко Ю. В. Социально-гигиенические основы профилактики и организации поэтапного лечения ожогов. Докт. дисс., Киев, 1991.
16. Гельфанд В. Б., Николаев Г. В. Ожоговая энцефалопатия (методические рекомендации} . М., 1987.
17. Гельфанд В. Б., Николаев Г. В. Психоневрологические расстройства в остром и отдаленном периодах ожоговой болезни. – Клиническая медицина. 1983. № 9. с. 75-81.
18. Гельфанд В.Б., Николаев Г.В. Стресс и психопатологические расстройства при ожоговой болезни // Стресс и психическая патология. М., 1983, с. 104-107.
19. Голубев В.Л., Данилов А.Б. Психологические установки пациента и переживание боли. РМЖ. – 2010. – Т. 18, спец. выпуск «Болевой синдром». – С. 2–5
20. Гурин И. В. Клиническая динамика и терапия посттравматических стрессовых расстройств у пострадавших с ожогами. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук
21. Данилов А.Б., Гак С.Е., Голубев В.Л. Виртуальная реальность в лечении боли и аффективных расстройств. Сборник тезисов третьей Междисциплинарной Международной конференции MANAGE PAIN («Управляй болью!») Москва 2012
22. Демченко П. С. Некоторые особенности ожогов в горячих цехах металлургических заводов // Ожоговая болезнь. Киев. 1966. стр. 175-177.
23. Джанелидзе Ю. Ю., Постников Б. Н. Ожоги // Опыт советской медицины в ВОВ 1941-45 гг. Т. 1 Медгиз. М., 1951. с. 332-425.
24. Зачепацкий Р. А. Психотерапия при неврозах и психических заболеваниях / Под ред. В. Д. Карвасарского. Ленинградский НИИ психоневрологии им. В. М. Бехтерева. – Л., 1973.
25. Иовлев Б.В., Карпова Э.Б. Психология отношений: концепция В.Н. Мясищева и медицинская психология. – СПб., 1999.

26. Каплан Г.И., Сэдок Б. Дж. Клиническая психиатрия. Медицина. 1994. С.492
27. Карвасарский Б.Д. Медицинская психология. – СПб., 1996
28. Карвасарский Б.Д. Психотерапия. Учебник для студентов медицинских ВУЗов, 1987, стр.38
29. Качалов П. В. Когнитивная и поведенческая психотерапия невроподобных нарушений у больных ожоговой болезнью. \Клинические и биологические проблемы общей и судебной психиатрии. М., 1988. с. 102-107.
30. Качалов, П. В. Психические нарушения у больных ожоговой болезнью: автореф. дис. . канд. мед. наук / П. В. Качалов. М., 1990. – 25 с.
31. Квасенко А.В., Зубарев Ю.Г. Психология больного. Л., 1980. –184 с.
32. Китаев-Смык Л.А. Психология стресса. М., Наука. 1982.
33. Ковалев В.В. Личность и ее нарушения при соматической болезни // Роль психического фактора в происхождении, течении и лечении соматических болезней. М., 1972. с. 102-104.
34. Краснушкин Е.К. Избранные труды. М., 1960. –608 с.
35. Краткий толковый психолого-психиатрический словарь (Под ред. Игишева 2008
36. Кряжев С. В. Нервно-психические изменения у Вольных ожоговой болезнью. Канд. дисс. , М., 1971.
37. Кузин М. И., Сологуб В. К., Юденич В. В. Ожоговая болезнь. М., Медицина, 1982, с. 160.
38. Кузин М. И., Сологуб В. К., Юденич В. В. Ожоговая болезнь. М., Медицина, 1982, с. 160
39. Кузин М. И., Сологуб В. К., Юденич В. В. Ожоговая болезнь. М., Медицина, 1982, с. 160
40. Лазарус Р. Теория стресса и психофизиологические исследования \ Эмоциональный стресс. Л., Медицина, 1970. с. 178-208.
41. Лафи Н.М., Лафи С.Г. Духовность в соматической клинике. Вестник СМУС 74, выпуск № 1 (4) (март), 2014, с.37-44.
42. Лафи С.Г. Психологические особенности травматического стресса при ожоговой болезни. Дисс... канд. псих. наук. – М., 1995. – 260 с
43. Лафи С.Г. Психологические особенности травматического стресса при ожоговой болезни . Автореф...канд. псих. наук. – М., 1995. – 16с.
44. Лафи С.Г., Лафи Н.М. Феномен боли. Боль при ожоговой болезни. Возможные пути изучения и коррекции боли при ожогах. Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. 2013. № 10-2. С. 233-248.
45. Лафи С.Г., Пилецкайте-Марковене М.Э. Духовные аспекты в работе психолога с соматическими больными. Ежемесячный научный журнал "Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук" №12(59) декабрь 2013. Часть II стр. 369-373
46. Леонтьев А.Н. Деятельность, сознание, личность. М., 1975. –304 с.
47. Линдемманн, Э. Клиника острого горя / Э. Линдемманн / В кн.: Психология эмоций / Под ред. В. К.Вилюнаса, Ю. Б.Гиппенрейтер. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1984. – С. 4-10.
48. Лурия А.Р. Внутренняя картина болезней и иатрогенные заболевания.4-е изд. – М.: Медицина, 1977, – С. 37-52.
49. Львовский А. М. Изменения нервной системы при ожоговой болезни \ Ожоги. Тезисы докладов третьей научной конференции по проблеме ожогов. Л., 1963. с. 97-98.
50. Марютина Т. М., Кондаков И.М. Психофизиология: Учебник для вузов– Москва : МГППУ, 2004.
51. Минасенко Ю. И. Психогения при ожогах различной локализации // Ожоговая болезнь. Киев. 1984. с. 64.
52. Мудров М.Я. Избранные произведения. М., 1949. –294 с.
53. Николаев Г. В. Динамика ожоговой энцефалопатии. Докт. дисс. 1991
54. Николаев Г. В. Динамика ожоговой энцефалопатии. Докт. дисс. 1991.
55. Николаева В.В. О психологической природе алекситимии// Телесность человека: междисциплинарные исследования. М., 1993. С. 84-93.
56. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. – М.: Изд. Моск. ун-та, 1987. – 168 с.
57. Николаева В.В. Психологические аспекты рассмотрения внутренней картины болезни // Психологические проблемы психогигиены, психопрофилактики и медицинской психологии. Л., 1976. С. 95–98.
58. Павловский П. Распространенность и развитие психопатологических феноменов у обожженных лиц и их отношение к тяжести ожога, возрасту и состоянию личности до болезни // Acta chir. plast. 14С25: 101-107. 1972.
59. Пекарский Д. Е. В: Исходы ожоговой болезни. Реабилитация диспансеризация обожженных. Киев. с. 67-73.

60. Петров С.В. Общая хирургия. Москва. 2005 С.767 Психологический словарь. Изд-во «Педагогика», М., 1997 г.
61. Полянина Д.А. Роль психотерапии в лечении больных с ожоговой травмой. автореф. дис. . канд. мед. наук / Д.А. Полянина. М., 2007. – 25 с.
62. Понделичек И. , Веле Ф. , Кенигова Р. Невропатические и психологические осложнения у обожженных. Acta c; hi g. plast. 24(3); 143-146, 1982.
63. Проф. А. Гольдшейдер Боевые вопросы врачевания. Государственное издательство. 1929. Prof. Dr. A. Goldscheider. Zeit- und Streitfragen der Heilkunst.Н. 11.. Гиз № 27134/л. Ленинградский Областлит № 18768. 6 ¼ л. Тираж 3000.
64. Рашкин В. А. Ожоговая травма среди металлургов и вопросы ее профилактики. // Ожоговая болезнь. Киев. 1966. с. 177-189.
65. Рейнвальд Н. И. Психология личности. – М.: Изд-во УДН, 1987. – 200 с
66. Рожнов ВЕ. (ред.). Руководство по психотерапии. Ташкент, 1979. –640 с.
67. Рохлин Л.Л. Сознание болезни и его значение в клинической практике // Клиническая медицина. 1957. № 9. С. 16–24.
68. Сицкая К. В. Психотерапия в комплексном лечении больных с острой термической травмой /V Седьмой Всесоюзный съезд невропатологов и психиатров. Т. 3. М. , 1981. с. 288-289.
69. Сицкая К. В. Психотерапия как метод воздействия на микроциркуляцию в ожоговых ранах // Нарушения гомеостаза и их коррекция при ожоговой травме /-V Труды Московского института скорой помощи им. И. В. Склифосовского. Т. SI. М. , 1982. с. 113-115.
70. Смирнов В.М., Резникова Т.Н. Основные принципы и методы психологического исследования «внутренней картины болезни» // Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. М., 1983. С. 38–61.
71. Столин В.В Самосознание личности. М., 1987
72. Тхостов А.Ш. Психология телесности. – М.: Смысл, 2002. – 287 с.
73. Тхостов А.Ш., Арина Г.А. Теоретические проблемы исследования внутренней картины болезни // Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии. Л., 1990. С. 32–38.
74. Факторы риска и профилактика ожогов в быту и на производстве (методические рекомендации). Киев. 1990. 21 стр.
75. Федотов Д. Д. , Борисов И. В. Психические нарушения при ожоговой болезни и их лечение (методические рекомендации). М. 1976.
76. Фисталь Э.Я., Л.Г. Анищенко, И.И. Сперанский, Ю.Н. Лаврухин, Д.М. Коротких, С.Г. Хачатрян. Особенности болевого синдрома у обожженных. Профилактика и лечение. Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького, кафедра комбустиологии, пластической хирургии и урологии ФПО, Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака АМН Украины, Ожоговый центр, г. Донецк, Украина. Журнал Медицина неотложных состояний №1(2), 2006.; стр. 47-49
77. Флоренская Т.А.. Диалоги о воспитании и здоровье: духовно-ориентированная психотерапия, 2001. 95 с.
78. Шапиро Ф. Психотерапия эмоциональных травм с помощью движений глаз: Основные принципы, протоколы и процедуры / Пер. с англ. А. С. Ригина. – М: Независимая фирма «Класс», 1998. – (Библиотека психологии и психотерапии).
79. Эверли Дж. С. , Розенфельд Р. Стресс: природа и лечение. Перев. с англ. – М. , Медицина, 1985. 224 стр.
80. Юденич В. В. , Гришкевич В. М. Руководство по реабилитации обожженных. М. , Медицина. 1986. 368 с.
81. Adler A. Neuropsychiatric complications in vietims of Boston Cocanut Grove disaster. JAMA. 1943, 123 (17).; 1098-1101.
82. Allgover M., Siegrist J. Verbennungen. Pathopsychologie, Pathologie, Klinik, Therapie. Springer. B., 1957.
83. American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. – Fifth. – Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013. – P. 271–280.
84. Andreasen N.J.C. Neuropsychiatric complications in burn patients // Int. J. Psychiatry lied., .1974 , 5 (2), 161-171.
85. Andreasen N.J.C. Posttraumatic stress disorder // In; Comprehensive Textbook of Psychiatry, Vol. 1. Williams and Wilkins, Bultimore. – L. , 4 th ed . ,1985, p. 921.

86. Andreasen N.J.C., Norris A.S. Long-Term Adjustment and Adaptation Mechanisms in Severely Burned Adults // *J. nerv. ment. Dis.*, 1972, 154,5, 352-362.
87. Andreasen N.J.C., Noyes R.s Hartford C.E., Brodland S., Proctor Sh. Management of emotional reactions in seriously burned adults // *N.Engl. J. Med.*, 1972. 286 (2); 65-69.
88. Andreasen N.J.C., Noyes R.s Hartford C.E., Brodland S., Proctor Sh. Management of emotional reactions in seriously burned adults // *N.Engl. J. Med.*, 1972. 286 (2); 65-69.
89. Andreasen N.J.C., Noyes R., Hartford C.E. Factors Influencing Adjustment of Burn Patients During Hospitalization // *Psychosom. Med.*, 1972» 34, 6, 517-526.
90. Andreasen N.J.C., Norris A.C. , Hartford C.E. Incidence of long-term psychiatric complications in severely burned adults. *Ann. Surg.*, 1971. 174(5): 785-793.
91. Artst C.P. Epidemiologi: cases and prognosis // *Burns*. Philadelphia, 1979, p. 17–23.
92. Artzt C.P. Burns updated // *J. Trauma*, 1976, 16,1, 3-15
93. Avni J. The severe burns // *Advances in psychosomatic medicine*. Vol. 10. Psychotherapeutic intervention in 1 ifethreatening illness. Karger. Basel. 1980. p.55-77.
94. Bachelard G. La psychoanalyse du feu. Gallimard. P.,1949.
95. Baruchin A.M., Goldblum C. The trauma of burns (letter). *Burns Incl Therm Inj*. 1987. Aug; 13(4). p. 333.
96. Basmajian J., Hatch J. Biofeedback and the modification of skeletal muscular dysfunctions // R.Sathel, K.Prize (eds.) *Clinical applications of biofeedback*. Oxford; Pergamon. 1979.
97. Baur KM, Hardy PE, Van Dorsten B. Posttraumatic stress disorder in burn populations: a critical review of the literature. *J Burn Care Rehabil*. 1998 May-Jun;19(3):230-40.
98. Beck A. T. Beamesderfer A. Assessment of Depression. The depression Inventory // *Modern Problems in Pharmacopsychiatry*, vo. 7. Psychological Measurement in Psychopharmacology. Ed.sPichot P., Basel. 1974. Karger, p. 15.1-169.
99. Benini F., Pasgnumi G., Guerrini P. Apsychological approach to burn event. *Riv. Ital. Chir, Plast*. 1981. 13 (1-2), p. 263-266.
100. Bereni-Marzouk B., Giacalone T., Thienlard L. , Wasserman P. Behavioral Changes in Burned Adult Patients during Their Stay in Hospital // *Burns*. 1982. B. 5. 366-368.
101. Bernstein N.R., M.D. Psychosocial Results of Burns. The Damaged Self-Image. *Clinics in Plastic Surgery*, 1982.9.3, 337-346.
102. Bernstein N.R., O'Connell K., Chedekel P. Patterns of burn adjustment // *J. Burn-Care-Rehabil*.1992. Jan-Feb., 13(1): p. 4-12.
103. Berry C.C., Patterson T.L., Wachtel T.B., Frank H.A. Behavioural factors in burn mortality and length of stay in hospital . *Burns*. 1984. 10(6): 409-4.14.
104. Berthoz S., Hill E.L. Reliability of the Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire. Data from adults with autism spectrum disorder, their relatives and normal controls. *European Psychiatry*, 2005, v. 20, p. 291–298
105. Bhugra D. Politically motivated suicides (letter). *Br. J. Pshychiatry*. 1991. Oct. 159; p. 594-595.
106. Billowitz A., Friedman W., Schubert D.S.P. Liason psychiatry on a burn unit. *Gen. Hosp. Psychiatry*. 1980. 2: 300–305.
107. Billowitz A., Schubert D.S. Reverse liaison rounds with a burn unit. case. *Gen. Hosp. Psychiatry*. 1988 Jan. 10(4), p. 67-73.
108. Bisson, J. L., Jenkins, P. L., Alexander, J., et al Randomised controlled trial of psychological debriefing for victims of acute burn trauma. *British Journal of Psychiatry*, 1997, 171, 78-81.
109. Blew A.F., Patterson D.R., Qusted K.A. Frequency of use and rated effectiveness of cognitive and behavioral coping responses to burn pain.//*Burns. Incl. Therm. Inj.*,1989. Feb., 15(1), p. 20-22.
110. Blew A.F., Patterson D.R., Qusted K.A. Frequency of use and rated effectiveness of cognitive and behavioral coping responses to burn pain.//*Burns. Incl. Therm. Inj* . ,1989. Feb., 15(1), p. 20-22
111. Blumenfield M., Reddish P.M. Identification of psychologic impairment in patients with mild-moderate thermal injury; small burn, big problem. // *Ben. Hasp. Psychiatry*. 1987. Mar. 9(2), p. 142-146.
112. Bogaerts F., Boeckx W. Burns and sexuality // *J. Burn-Care-Rehabil*, 1992. Jan–Feb., 13(1), p. 39-43.
113. Bowden M.L., Feller I., Tholen D., Davidson T.N. Self-Esteem of Severely Burned Patients // *Arch. phys. Med.*, 1980. 61, 10, 449–452.
114. Bras M, Loncar Z, Boban M, Gregurek R, Brajković L, Tomićić H, Muljacić A, Micković V, Kalenić B. Self-inflicted burns in patients with chronic combat-related post-traumatic stress disorder. *Coll Antropol*. 2007 Dec;31(4):1173-7.

115. Breivik H., Borchgrevink P.C., Allen S.M., et al. Assessment of pain. *British Journal of Anaesthesia* 2008; 101 (1): 17–24
116. Brown B., Roberts J., Browne G., Byrne C., Lave B., Streiner D. Gender differences in variables associated with psychosocial adjustment to a burn injury. *Res. Nurs. Health.* 1988. Feb., 11(1), p. 23-30.
117. Bryant R.A. Predictors of post-traumatic stress disorder following burns injury. *Burns.* 1996 Mar; 22(2):89-92.
118. Budzynski T. Biofeedback and stress management // Paper presented at the .John Hopkins Conference on Clinical Biofeedback, Baltimore, November, 2, 3, 1979.
119. Cahners S.S. Young women with breast burns: a self-help " group-by-mail " // *J. Burn-Care-Rehabi* 1. 1992. Jan-Feb., 13(1). p. 44-47.
120. Caisson P., Mag Jasani G., Tagliabue P., Analisi delle reazioni psicologiche e psicodinamiche nei l'ustionato grave//*Riv.Ital.Chir.Plast.* 1980 12(1).
121. Campbell J.L., La Clave L.J., Brack G.Clinical depression in paediatric burn patients // *Burns Incl. Therm In. (BIB)* 1987. Jun. 13(3), p. 213-217.
122. Cassone P., Magliocani G. Adattamen to a lungo termine e problemi psicologii del' ustinato grave dopa la dimissione. *Minerva Chir.*, 1983 38(6): 405-406.
123. Castana O., Anagiotos G., Rempelos G., Adalopoulou A., Kokkinakis C., Giannakidou M., Diplas D.B., Alexakis D. Pain response and pain control in burn patients. Department of Plastic and Reconstructive Surgery, Evangelismos General Hospital, Athens, Greece. *Annals of Burns and Fire Disasters – vol. XXII – n. 2 – June 2009*
124. Celia D.F., Perry S.W., Kulchycky S., Goodwin C. Stress and coping in relatives of burn patients; a longitudinal study // *Hosp.Community Psychiatry.* 1988. Feb. 39(2). p. 159-166.
125. Ceranoglu TA, Stern TA. Posttraumatic stress disorder in the child of an adult burn victim: a case report and review of the literature. *J Intensive Care Med.* 2006 Sep-Oct;21(5):316-9
126. Chang F.C., Herzog B. Burn Morbiaditys a Followup Study of Physical and Psychological Disability // *Ann.Surg.* 1976., 183, 1, 34-37.
127. Choinier M., Melzack R. , Girard M., Rondeau J., Paguin M. J. Comparison between patients and nurses assessment of pain and medication efficacy in severe burn injuries // *Pain.* 1990. 40(2), p. 143-152.
128. Choinier M., Melzack R. , Girard M., Rondeau J., Paguin M. J. Comparison between patients and nurses assessment of pain and medication efficacy in severe burn injuries // *Pain.* 1990. 40(2), p. 143-152.
129. Cobb N., Maxwell G., Silverstein P. The relationship of patient stress to burn injury // *J . Burn–Care–Rehabi* I .,1991. 12(4). p. 334-338.
130. Cobb N., Maxwell G., Silverstein P. Patient perception of quality of life after burn injury. Results of an elevenyear survey. // *J. Burn Care Rehabil.*, 1990. Jul Aug., 11(4). p.330-333.
131. Cobb S., Lindemann E. Neuropsychiatric observations // *Management of the Cocoonut Grove burns at the Massachusetts General Hospital Ann. Sewg . , 1943, 117(6) , 814-824 .*
132. Conversano C, Lensi E, Testi C, Gremigni P. [The burn patient: factors associated with post-traumatic stress disorder and directions for intervention]. *Riv Psichiatr.* 2010 Jul-Aug;45(4):221-33. Review. Italian.
133. Cook E.L. , Still J.M., Watking P.N. Dosses as stimuli to psychic and behavioral dysfunction in burn patients – a treatment rationale and approach // *J. Med. Ass.* 6a. 1982, 71(2): 117-120.
134. Cooper Frapes G., Yerxa E.J. Denial: implication of a pilot study on activity level related to sexual competence of burned adults // *Am.J.Qccup. Therapy.* 1984. 38(8), p. 529-534.
135. Corry N.H, Klick B, Fauerbach J.A. Posttraumatic stress disorder and pain impact functioning and disability after major burn injury. *J Burn Care Res.* 2010 Jan-Feb;31(1):13-25.
136. Courtemanche D.J., Robmow O. Recognition and treatment of the post-traumatic stress disorder in the burn wictim // *J.Burn Care Rehabil.* 1989., 10(3). p. 247-250.
137. Cutting W. *Handbook of pharmacology.* New York: Appleton-Century-Crofts, 1972.
138. Darko D.F., Wachtel T.L., Ward H.W., Frank H. A., Analysis of 585 burn patients hospitalized over 6-year period. Part III: psychosocial data. // *Burns.* 1986 , 12(.6), p. 365-401.
139. Davidson L.M. Chronic stress and post, traumatic stress disorders // *J.Consult.Cl in. Psychol.* 1986, 54, S. 303-308.
140. Davidson N. T., Bowden M.L., Feller I., Social support and post-burn adjustment // *Arch.Phys. Med, Rehabil.*, 1981. 62(6). p. 274-278.

141. Difede J., Ptacek J.T., Roberts J., Barocas D., Rives W., Apfeldorf W., Yurt R. Acute stress disorder after burn injury: a predictor of posttraumatic stress disorder? *Psychosom Med.* 2002 Sep-Oct; 64(5):826-34.
142. Dobkin de Rios M, Achauer B.M. Pain relief for the Hispanic burn patient using cultural metaphors // *Plast-Reconstr-Surgi.* 1.991. 88(1) . p. 161-164.
143. Dobkin de Rios M, Achauer B.M. Pain relief for the Hispanic burn patient using cultural metaphors // *Plast-Reconstr-Surgi.* 1.991. 88(1). p. 161-164.
144. Dorfmueller M. [Psychological management and after-care of severely burned patients]. *Unfallchirurg.* 1995 Apr; 98(4):213-7.
145. DuHamel K.N., Difede J., Foley F., Greenleaf M. Hypnotizability and trauma symptoms after burn injury. *Int J Clin Exp Hypn.* 2002 Jan; 50(1):33-50.
146. Dyster-Aas J., Willebrand M., Wikehult B., Gerdin B., Ekselius L. Major depression and posttraumatic stress disorder symptoms following severe burn injury in relation to lifetime psychiatric morbidity. *J. Trauma.* 2008
147. Egan K., Harcourt D., Rumsey N. A qualitative study of the experiences of people who identify themselves as having adjusted positively to a visible difference. *J. Health Psychol.* 2011 Jul; 16(5):739-49.
148. Ehde D.M., Patterson D.R., Wiechman S.A., Wilson L.G. Post-traumatic stress symptoms and distress 1 year after burn injury. *J. Burn Care Rehabil.* 2000 Mar-Apr;21(2):105-11.
149. Ehde D.M., Patterson D.R., Wiechman S.A., Wilson L.G. Post-traumatic stress symptoms and distress following acute burn injury. *Burns.* 1999 Nov;25(7):587-92.
150. El hamaoui Y, Yaalaoui S, Chihabeddine K, Boukind E, Moussaoui D. Post-traumatic stress disorder in burned patients. *Burns.* 2002 Nov; 28(7):647-50.
151. Ellis A. *Humanistic psychology: The rational emotive approach* – New York . Julian . 1973.
152. Engel G.L. A life setting conducive to illness: the giving-up-given-up complex // *Bull. Meninger Clin.*, 1968, 32(6). p. 355-365.
153. Engel G.L. A psychological setting of somatic disease: the “giving-up-given-up” complex // *Proc. R.Soc.Med.*, 1967, 60(6), p. 553-555.
154. Engle G. Sudden and rapid death during psychological stress // *Annals of Internal Medicine*, 1971. 74. p. 771-782.
155. Everly G.C. *The Organ Specificity Score as a measure psychophysiological stress reactivity.* Unpublished doctoral dissertation. University of Maryland . 1978.
156. Eyles P.J. , Brown G., Byene C., Brown B., Pennock M., Truscott D., Dabbs R. Methodological problems in studies of burn survivors and their psychological prognosis // *Burns.* 1984. 10(6), p. 427-433.
157. Faber A., Hoogeveen E. De patient met brandwonden en diens spanningen // *Ned. Tijdschr. Geneeskd.* 1984, 128(45),p.2127- 2129.
158. Fauerbach J.A., Lawrence J., Haythornthwaite J., Richter D., McGuire M., Schmidt C., Munster A. Preburn psychiatric history affects posttrauma morbidity.*Psychosomatics.* 1997 Jul-Aug;38(4):374-85
159. Fauerbach J.A., Lawrence J.W., Fogel J., Richter L., Magyar-Russell G., McKibben J.B., McCann U. Approach-avoidance coping conflict in a sample of burn patients at risk for posttraumatic stress disorder. *Depress Anxiety.* 2009; 26(9):838-50.
160. Fauerbach J.A., Lawrence J.W., Munster A.M., Palombo D.A., Richter D. Prolonged adjustment difficulties among those with acute posttrauma distress following burn injury. *J Behav Med.* 1999 Aug; 22(4):359-78.
161. Fauerbach J.A., Lawrence J.W., Schmidt C.W., Munster A.M., Costa P.T. Jr. Personality predictors of injury-related posttraumatic stress disorder. *J. Nerv Ment Dis.* 2000 Aug; 188(8):510-7.
162. Fauerbach JA, Richter L, Lawrence J.W. Regulating acute posttrauma distress. *J. Burn Care Rehabil.* 2002 Jul-Aug; 23(4): 249-57
163. Feller I, Jones C.A. Horizons in burn care // *Clin. Plast. Surg.* , 1986, 13 (1) , p. 151-159.
164. Filina Olga (Ogonek Magazine). Mapping Russia’s Religious Landscape. *Russia and India Report.* Retrieved 24-09-2012.)
165. Fleming M.P., Difede J. Effects of varying scoring rules of the Clinician Administered PTSD Scale (CAPS) for the diagnosis of PTSD after acute burn injury.
166. Flores G. Burned // *J. Emerg. Med.* 1992. 10(2). p. 231-233.
167. Forster A., Bourgeois P. The role of hypnosis in the treatment of burns // *Rev. Med. Suisse Romande.* 1987. 107(9). p. 731-734.
168. Frances A. Taylor, Pain: a common complaint. *The Journal of NAET® Energetics and Complementary Medicine* Summer 2008, Vol. 4, No. 2 pp. 969-974

169. Fukunishi I. Relationship of cosmetic disfigurement to the severity of posttraumatic stress disorder in burn injury or digital amputation. *Psychother Psychosom.* 1999 Mar-Apr;68(2):82-6.
170. Galinowski A. Therapies cognitives des depressions» // *Acta psychiatr. Belg.*, 1986, 86(3). p. 305-315.
171. Garb, R., Kutz, I., Bleich, A. Varieties of combat stress reaction: an immunological metaphor. *British Journal of Psychiatry*, 1987, 151, 248-251.
172. Gardner P.J., Knittel-Keren D., Gomez M. The Posttraumatic Stress Disorder Checklist as a screening measure for posttraumatic stress disorder in rehabilitation after burn injuries. *Arch Phys Med Rehabil.* 2012 Apr;93(4):623-8.
173. Gardner PJ, Knittel-Keren D, Gomez M. The Posttraumatic Stress Disorder Checklist as a screening measure for posttraumatic stress disorder in rehabilitation after burn injuries. *Arch Phys Med Rehabil.* 2012 Apr;93(4):623-8.
174. Gaylord K.M., Cooper D.B., Mercado J.M., Kennedy J.E., Yoder L.H., Holcomb J.B. Incidence of posttraumatic stress disorder and mild traumatic brain injury in burned service members: preliminary report. *J Trauma.* 2008 Feb;64(2 Suppl):S200-5
175. Gaylord K.M., Cooper D.B., Mercado J.M., Kennedy J.E., Yoder L.H., Holcomb J.B. Incidence of posttraumatic stress disorder and mild traumatic brain injury in burned service members: preliminary report. *J Trauma.* 2008 Feb; 64(2 Suppl):S200-5; discussion S.205-6.
176. Gaylord K.M., Holcomb J.B., Zolezzi M.E. A comparison of posttraumatic stress disorder between combat casualties and civilians treated at a military burn center. *J Trauma.* 2009 Apr; 66(4 Suppl):S191-5.
177. Gellhorn E. Principles of autonomic integration Minneapolis: University of Minnesota Press. 1967.
178. Gellhorn E. Central nervous system tuning and its applications for neuropsychiatry // *J. of Nervous and Mental Disorders*, 1968, 147. p.148-162.
179. Gilboa D., a.o. A team work model in a burn unit with the integration of a clinical psychologist // *Burns*, 1984. 10, 3, p. 210-213»
180. Gittelman D.K. Post-traumatic stress disorder // *J. Burn Care Rehabil.*; 1992. 13(1). p. .120.
181. Giacalone T., Bereni B., Wasserwann D., Croeg D., Peigne F. A propos du 100 sujets traits a l'hopital Cochin pour bruleres cons'ecutives a un gest suicidaire// *Ann. Med.-Psychol.*, 1980. 138(4), p. 445-453.
182. Goodstein R.K., Hurwitz Th.D., The role of the psychiatric consultant in the treatment of burned patients.// *Int.J. Psychiatry Med.*, 1975. 6(3), p. 413-429.
183. Gould N.F, McKibben J.B, Hall R., Corry N.H., Amoyal N.A., Mason S.T., McCann U.D., Fauerbach J.A. Peritraumatic heart rate and posttraumatic stress disorder in patients with severe burns. *J Clin Psychiatry.* 2011 Apr; 72(4):539-47.
184. Graham W.P., Miller S.H., Gotlieb L., Charney D. Psychological complications of thermal injuries // *Penn.Med.* 1976. 79(4), p. 58.
185. Gretchen J. Summer, Kathleen A. Puntillo, Christine Miaskowski, Paul G. Green and Jon D. Levine. Burn Injury Pain: The Continuing Challenge. *The Journal of Pain*, Vol 8, No 7 (July), 2007: pp. 533-548
186. Grompten O., Raphaels B., Burns (comment.) // *Med. J. Aust.* 1990, 152(10), p. 509-511.
187. Guide to pain-management in low-resource settings. Edited by Andreas Kopf and Nilesh B.Patel. International association for the study of pain, 2010 Seattle, 390 pp.
188. Hamburg D. A. Coping behaviour in life-threatening circumstances // *Psychother. Psychosom.*, 1974.23 (1-6), p. 13-25
189. Hamburg D.A., Adams J.E. A perspective on coping behaviour // *Arch. Gen. Psychiatry.* 1967, 13(3), p. 277-284.
190. Hamburg D.A., Artz C.P., Reiss E., Amspacher W.H., Chambers R.E. Clinical importance of emotional problems in the care of patients with burns // *N.Engl. J. Med.*, 248(9), p. 355-359.
191. Hamburg D.A., Artz C.P., Reiss E., Amspacher W.H., Chambers R.E. Clinical importance of emotional problems in the care of patients with burns // *N.Engl. J. Med.*, 248(9), p. 355-359.
192. Harper G. The burn unit // *Massachusetts general hospital handbook of general hospital psychiatry* // C.V.Mosby CO. St.Louis, 1978. p. 4050414.
193. Harris W., Mackic R.R., Wilson C.L. Research on the development of performance criteria technical report. VI. Performance under stress, Washington: Dept. of Navy. July. 1956.
194. Hautzinger M., Dinden M. Kognitive Psychotherapie // *Nervenartz* . 1980. 31. S. 637 – 643.
195. Haynes B.W. Current Problems in Burns. A Perspective // *Arch. Surg.*, 1971. 103, 4, p. 454-460.

196. Hill E., Berthoz S., Frith U., Brief Report: Cognitive Processing of Own Emotions in Individuals with Autistic Spectrum Disorder and in Their Relatives. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2004, v. 34, no. 2, p. 229–235.
197. Holloway M. Death the great leveller? Towards a transcultural spirituality of dying and bereavement. *J Clin Nurs*.2006 Jul;15(7):833-9.(6)
198. Hultman C.S, Saou MA, Roach ST,Hultman SC, Cairns BA, Massey S, Koenig HG. To heal and restore broken bodies: a retrospective, descriptive study of the role and impact of pastoral care in the treatment of patients with burn injury.*Ann Plast Surg*. 2014 Mar; 72(3):289-94.
199. Ilechukwu S.T. Psychiatry of the medically ill in the burn unit. *Psychiatr Clin North Am*. 2002 Mar; 25(1):129-47.
200. *J Trauma Stress*. 1999 Jul; 12(3):535-42.
201. Jackson D. Burns of Bone: Can These Bones Live? II. Results of 98 Cases and Discussion of Treatment // *Burns*, 1975, 1, 4, p. 356-372.
202. Jackson D. Problems of Burn Unit // *Zbl. Chir.*, 1981, 106, 13, S. 896–903
203. Jacobson E. Modern treatment of tense patients. Springfield. // Charles C Thomas, 1970.
204. Jacobson E. You must relax. New York. Mc Graw Hill, 1978
205. Jacobson E. Progressive relaxation – Chicago: University of Chicago Press. 1938.
206. Janvier H. Marichy J., Ceyrat J. Note de recherche sur la circulation de la douleur dans un contre de brules. *Ann. Chir. Plast.*, 1979. 26(1). p. 71-73.
207. Jorgenson J., Brophy J.J. Psychiatric treatment modalities in burn patients // *Current psychiatric therapies*. Vol. 15. Grune and Stratton. N.Y.-L., 1975, p. 85-92
208. Jorgenson J., Brophy J.J. Psychiatric treatment of severely burned adults // *Psychosomatics*, 1973, 14(6), p. 331-335
209. Kachalov P.V. Psychotherapy technique choice in burns // *Psychiatry today*. Accomplishments and promicies. *Experta Medica*. Amsterdam-Oxford-N.Y., 1980. p. 56.
210. Kiecolt–Glaser J. K., Williams D. A. Self –claim, compliance and distress among burn patients // *J. Pers. Soc. Psychol.*, 1987. 53(1). p. 187-193.
211. Kirkbride J.F. PTSD: An Elusive Definition. *J Spec Oper Med*. 2012 Summer; 12(2):42-7. PubMed PMID: 22707024.
212. Kirtz S., Moos R.H. Physiological effects of social environment // *Psychosomatic Medicine*, 1974, 36, p. 96-114.
213. Kjaer G.C.D. Psychiatric aspects of thermal burns. *North-West Med.*, 1969. 68(6). P. 537-541
214. Klein K.M., Charleton J. Behaviour observation and analysis of pain behaviour in critically burned patients // *Pain*, 1980, 9(1). p. 27-40.
215. Klein K.M., Charleton J. Behaviour observation and analysis of pain behaviour in critically burned patients // *Pain*, 1980, 9(1). p. 27-40.
216. Knudson Cooper M. What are the research priorities in the behavioral area for burn patients // *J. Trauma*, 1984, 24(9), Suppl. (1), p. 197-201.
217. Koenig H.G. Research on religion, spirituality, and mental health: a review. *Can J Psychiatry*. 2009 May; 54(5):283-91
218. Kohler C. *Kommunikative Psychotherapie* VEB Custau Fischer Verlag , Jena, 1968.
219. Kohler C. The nursing diagnosis of "spiritual distress", a necessary re-evaluation. *Rech Soins Infirm*. 1999 Mar;(56):12-72
220. Königová R., Sedlak J., Moravek J., Matejcek V. Endotoxaemia in Serve Burns// *Burns*, 1975, 1, 3, p. 269-271.
221. Königová R. The Ethical Problems Associated with the Treatment of Severe Burns // *Burns*, 1976, 2, 3, p. 137-139.
222. Königová R., Pondelišek J, Psychology associated with mass burn disaster // *Burns*, 1981, 8 1, p. 64-66.
223. Königová R., Pondelišek J., Psychological aspects of burns. *Scand. J. Plast. Reconst. Surg.*, 1987, 21(3), p. 311-314.
224. Königová R., Pondelišek J., Psychology Associated with Mass Burn Disasters // *Burns*. 1981. 8, 1, p. 64-66.
225. Königová R., Pondelišek J., Psychology associated with mass burn disaster // *Rev. Ital. Chir. Plast*. 1981. 13 (1-2), p. 159-162.
226. Königová R., Pondelišek J., Psychology associated with mass burn disarter // *Rev. Ital. Chir. Plast*. 1981. 13 (1-2), p. 159-162.

227. Kraus, R. P. Psychological debriefing for victims of acute burn trauma (letter). *British Journal of Psychiatry*, 1997, 171, 583 .
228. Lambert J.F., Difede J., Contrada R.J. The relationship of attribution of responsibility to acute stress disorder among hospitalized burn patients. *J Nerv .Ment Dis.* 2004 Apr;192(4):304-12.
229. Larson C.M., Saffle J.R., Sullivan J. Lifestyle adjustments in elderly patients after burn injury // *J. Burn-Care-Rehabil.* 1992. 13(1), p. 48-52.
230. Lawrence J.W., Fauerbach J, Munster A. Early avoidance of traumatic stimuli predicts chronicity of intrusive thoughts following burn injury. *Behav Res Ther.* 1996 Aug; 34(8):643-6.
231. Lawrence J.W., Fauerbach J.A. Personality, coping, chronic stress, social support and PTSD symptoms among adult burn survivors: a path analysis. *J BurnCare Rehabil.* 2003 Jan-Feb;24(1):63-72
232. Lazarus R.S. *Patterns for adjustment* // New Yorks Mc Craw-Hill, 1976.
233. Lazarus R.S., Launier R., *Stressbezogene Transaktionen zwischen Person und Umwelt* // Nitsch J.R. (Hrsg.) *StreS-Theorien, Untersuchungen, MaSnahmen.* Hans Huber Verlag, Bern, Stuttgart, Wien, 1981. S. 312-360.
234. Leeuwen R., Tiesinga L.J., Post D. Jochemsen H.J. Spiritual care: implications for nurses' professional responsibility. *J Clin Nurs.* 2006 Jul;15(7):875-84.
235. Leroux R. L' intreprstation du processus tie denil chezles grandes brules // *Union Med. Can.* 1980, 109(6), p. 857-860.
236. Lewis S.R., Goolochian H.A., Wolf C.W., Lynch J.B., Blocker T.G. Psychological study in burn patients // *Plast. Reconst. Surg.* 1963, 31(4)., p. 323-332.
237. Lilienfeld, S. O. Psychological treatments that cause harm. *Perspectives on Psychological Science*, 2007. 2, 53-70.
238. Lindemann E. Symptomtology and management of acute grief // *Am.J.Psychiatry.* 1944, 101(2), p. 141-148.
239. Love B., Byrne C., Roberts J., Browne G., Brown B. Adult psychological adjustment following childhood injury: the effect of disfigurement // *J. Burn Care Rehabil.* 1987. 8(4), p. 280-285.
240. Low A.J., Dyster-Aas J., Kildal M., Ekselius L., Gerdin B., Willebrand M. The presence of nightmares as a screening tool for symptoms of posttraumatic stress disorder in burn survivors. *J Burn Care Res.* 2006 Sep-Oct; 27(5):727-33.
241. Low J. F.A. 2007. It's Not Just a Burn. Physical and Psychological Problems after Burns. *Acta Universitatis Upsaliensis. Digital Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Medicine* 242. 69 pp.
242. Luthe W. (Ed.) *Authogenic therapy Vol. I IV*. New York: Crun and Stratton. 1969.
243. Mac Arthur, Moore F. Epidemiology of burns: the burn-prone patients // *JAMA.* 1975. 231(3). p. 259-263.
244. Madianos M.G., Papaghelis M., Ioannovich J., Dafni R. Psychiatric disorders in burn patients: a follow-up study. *Psychother Psychosom.* 2001 Jan-Feb;70(1):30-7.
245. Malt U., Sund A., Weisoeth L. Psykiske aspekter ved branskader hos volkane // *Tidsskr, Nors.Loefgefor.* 1978. 98(33): p. 1687-1690.
246. Malt U.F., Ugland O.M. A long-term psychological follow-up study of burned adults // *Acta Psychiatr. Scand. Suppl.*, 1989, 355. p. 94-102.
247. Malt U.F., Ugland O.M. A long-term psychosocial follow-up study of burned adults. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 1989.
248. Mancusi-Ungaro H.R. Jr., Tarbox A.R., Wainwright D.J.. Posttraumatic stress disorder in electric burn patients. *J Burn Care Rehabil.* 1986 Nov-Dec; 7(6):521-5.
249. May S.R., Ehlheben C.M., Clement F.A. de. Delirium in burn patients isolated in a plenum laminar air flow ventilation unit // *Burns.* 1984. 10 (5). p. 331-338.
250. Mayou R. A., Ehlers, A. & Hobbs, M. Psychological debriefing for road traffic accident victims. Three-year follow-up of a randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 2000, 176, 589–593.
251. Mc Sweeney P. Symposium on burns. Psychological effects. *Nursing (Lond.)* 1990. 4(7). p. 15–18.
252. McCann D.L. Post-traumatic stress disorder due to devastating burns overcome by a single session of eye movement desensitization. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 1992 Dec; 23(4):319-23.
253. Mendelsohn L. E. Liason psychiatry and the burn center// *Psychosomatics*, 1983, 24 (3). p. 235-243.
254. Michaels A.J., Michaels C.E., Zimmerman M.A., Smith J.S., Moon C.H., Peterson C. Posttraumatic stress disorder in injured adults: etiology by path analysis. *J Trauma.* 1999 Nov; 47(5):867-73.

255. Miklancie MA Caring for patients of diverse religious traditions: Islam, a way of life for Muslims. *Home Healthc Nurse*. 2007 (Jun;25(6):413-7.
256. Miller W.C., Gardner N., Molt S.R. Psychological support in the treatment of severely burned patients // *J.Trauma*. 1976 16(9), p. 722-725.
257. Missal Patricia R.N. Psychological Parameters of Burn Patient Care, 62-67. *Practical Approaches to Burn Management*. US. 1977.
258. Mlott S.R., Lira F.T., Miller W.C. Psychological assessment of the burn patient// *J. Clin. Psychology*, 1977, 33(2), p. 425-430.
259. Mora AG, Ritenour AE, Wade CE, Holcomb JB, Blackbourne LH, Gaylord KM. Posttraumatic stress disorder in combat casualties with burns sustaining primary blast and concussive injuries. *J Trauma*. 2009 Apr;66(4 Suppl):S178-85.
260. Mylle J., Maes M. Partial posttraumatic stress disorder revisited. *J Affect Disord*. 2004 Jan; 78(1):37-48.
261. Narayan MC. Caring for patients of diverse religious traditions: Catholicism. *Home Healthc Nurse*. 2006 Mar;24(3):183-6
262. Nits J.R. (Hers.) Sires -Theories, Untersuchungen, Maßnahmen. Hans Hubert Velar, Bern, Stutter, Wien. 1981.
263. Noyes R., Faye S.J., Slymen D.J., Canter A. Stressful life events and burn injuries // *J. Trauma*, 1979. 9(3). p. 141–144.
264. Or D.A., Resnikoff M., Smith G.M. Body image, self-esteem, and depression in burn-injured adolescents and young adults // *J. Burn Care Resail*. 1989, 10(5). p. 454-461.
265. Palmu R.I., Suominen K, Vuola J, Isometsä E. Mental disorders among acute burn patients. *Burns*. 2010 Nov; 36(7):1072-9.
266. Patterson D.R., Carrigan L., Questad K.A., Robinson R. Post-traumatic stress disorder in hospitalised patients with burn inures// *J. Burn Care Resail*. 1990. 11(3). p. 181-184.
267. Pavlovsky P. Osobnost popaleneho-poled psychiatry // *Pratt. Le. (Praha)*. 1972, 52, 3. P. 94-96.
268. Pavlovsky P., Pomona P. Popaleni jake urazovy dj // *Pratt. Le. (Praha)*, 1974, 54, 10, p. 375-377.
269. Perez Jimenez J.P., Gomez Bajo G.J, Lopez Castillo J.J., Salvador-Robert M., Garcia Torres V. Psychiatric consultation and post-traumatic stress disorder in burned patients. *Burns*. 1994 Dec; 20(6):532-6.
270. Pérez Jiménez J.P., Salvador Robert M., Santo-Domingo Carrasco J. The psychiatric consultation-liaison program and posttraumatic stress disorder due to burns. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines*. 1995 Sep-Oct;23(5):256-61.
271. Perils C. Kognitiv terrapin aid be handling av psykotiska oh postpsykotiska tillstanden overshott // *Lakarfind*. 1986. 83(46). p. 1488-1986.
272. Perry S, Difede J, Musngi G, Frances AJ, Jacobsberg L. Predictors of posttraumatic stress disorder after burn injury. *Am J Psychiatry*. 1992 Jul;149(7):931-5.
273. Perry S.W., Ceil a D.F., Falkenberg J., Heidrich Q., Goodwin C. Pain perception vs pain response in burn patients // *Am.J.Nurs*. 1987. 87(5). p. 698-699.
274. Petersen J., Sorbye R., Johnson B., Avellan E., Gelin L. – E. an ECG and psychiatric study of burn cases // *Act a Char. Sc and*. 1965. 129: 356-366.
275. Radanova J. Az egett beteg adaptacios es emocionalis problemai // *Magy. Praum. Ortohop.*, 1977, 20, 4, p. 273-275.
276. Ravella P., Prallett J.P., Datarjet J., Parisot S., Bouchet P. Psychiatrie de liaison dans un centre de brules // *Aggressologie*. 1990. 31(9). p. 639-640.
277. Reiss D., Leese M. Psychological debriefing for victims of acute burn trauma. *Br J Psychiatry*. 1997 Dec;171:583-4.
278. Riis A., Andersen M., Pedersen M.B., Hall K .W. Long-term psychosocial adjustment, in patients with severe burn Injuries: a follow-up study. *Burns*. 1992, 18(2). p. 121-126.
279. Ripper S, Stolle A, Seehausen A, Klinkenberg M, Germann G, Hartmann B, Renneberg B. [Psychiatric sequelae of severe burn injuries: emotional distress and resources of occupationally versus non occupationally insured patients 1 year after burn injury]. *Unfallchirurg*. 2010 Nov;113 (11):915-22.
280. Robbi D., Simons, Linda C. Green, Ruth M Malin, Davis A. Suskind and Hugh A. Frank. The burn victim: his psychosocial profile and post-injury carer. Regional Burn Treatment Center. University of California Medical Center, San Diego, California. *Burns*. 1978, 1. p. 99-100.
281. Roca R.P., Spence R.J., Munster A.M. Posttraumatic adaptation and distress among adult burn survivors. *Am J Psychiatry*. 1992 Sep; 149(9):1234-8. Sadeghi-Bazargani H, Maghsoudi H, Soudmand-Niri

- M, Ranjbar F, Mashadi-Abdollahi H. Stress disorder and PTSD after burn injuries: a prospective study of predictors of PTSD at Sina Burn Center, Iran. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2011;7: 425-9.
282. Rockwell E., Dimsdale J.E., Carroll W., Hansbrough J. Preexisting psychiatric disorders in burn patients // *J. Burn Care Rehabil. (BLK).* 1988. 9(1). p. 83-86.
 283. Sadeghi-Bazargani H., Maghsoudi H., Soudmand-Niri M., Ranjbar F., Mashadi-Abdollahi H. Stress disorder and PTSD after burn injuries: a prospective study of predictors of PTSD at Sina Burn Center, Iran. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2011;7:425-9.
 284. Salmon, T. W. The care and treatment of mental diseases and war neuroses ('shell shock') in the British Army. *Mental Hygiene* 1, 1917, 509-547.
 285. Schaefer FC, Blazer DG, Koenig HG. Religious and spiritual factors and the consequences of trauma: a review and model of the interrelationship. *Int J Psychiatry Med.* 2008; 38(4):507-24.
 286. Schultz-Ross R.A. Gutheil., T.G Difficulties in integrating spirituality into psychotherapy *J Psychother Pract Res.* 1997 Spring; 6(2):130-8y
 287. Scoenenberger G. A., Allgower M., Kremer B., Stadler K. Neue Gesichtspunkte zur Verbrennungskrankheit. *Chirurg.* 1976, 47. 11, S. 582-588.
 288. Seefeldt D. Stress. (Verstehen. Erkennen. Bewältigen mit praktischen Übungen für jeden). Urania Verlag, Leipzig, Jena, Berlin. 1989. 4618.
 289. Selye H. H., Stress without distress. Philadelphia: Lippincott, 1974.
 290. Selye H. H. The stress of life // New Yorks Mc Graw Hill, 1956.
 291. Sherrill K.A., Larson D.B. Adult burn patients: the role of religion in recovery // *South Med. J.* 1985. 81(7). p.821-825.
 292. Sherrill K.A., Larson D.B. Adult burn patients: the role of religion in recovery. *South Med J.* 1988 Jul; 81(7):821-5.
 293. Sieck H.S. Posttraumatic stress disorder // *J. Burn Care Rehabil.* 1990. 11(1). p. 96.
 294. Silva J.A., Leong G.B. Ferrari M.M. Posttraumatic stress disorder in burn patients. *South-Med, J.* 1991. 84(4). p. 530-531.
 295. Simon J.M., Chirino A A., Estudio de las características psicosociales de pacientes quemados // *Rev. Hosp. Psiqu. Habana,* 1978, 19(1), p. 81-87.
 296. Simons R.D., Mc Fadd A., Frank H.A., Green L. C. Behavioural contracting on a burn care facility: a strategy for patients participation // *J. Trauma.* 1978. 18, 4, p . 257-260.
 297. Solnit A. J., Prid B. Scared and scamed psychological aspects in the treatment of soldiers with burns // *Israel Ann, Psychiatry Rel. Disc.,* 1975,.13(3), p. 213-220.
 298. Spielberger C.D., Gorsuch R.L., Lushene R.E. "STAI" manual for state trait anxiety inventory . Consulting Psychologists Press, Palo Alto. California, 1970.
 299. Stoyva J. Self-regulation and stress-related disorders: A perspective on biofeedback // D. J. Mostofsky (Ed.). *Behaviour control and modification of physiological activity.* Englewood Cliffs, N.Y. Prentice-Hall, 1976.
 300. Stoyva J. Why should muscular relation be clinically useful? – // J .Beatty (Ed.) *Nato Symposium on biofeedback and behaviour. – New York. Plenum.* 1977.
 301. Sturgeon D., Rosser R., Shoenberg P. The King's Cross fire. Part 2.; The psychological injuries // *Burns.* 1991. 17(1). p. 10-13.
 302. Sudakov K.V. Emotioneller Stress als Hauptfaktor der Formierung exp. Neurosen // Baumann R., Hecht K., *Stress, Neurose und Herzkreislauf,* VEB. Deutscher Verlag der Wissenschaftler, Berlin, 1977.
 303. Summers T. M. Psychosocial support of the burned patient // *Coit. Care. Nurs.* C1 in. *North.Am.* 3(2). p.237-244.
 304. Sveen J, Dyster-Aas J, Willebrand M. Attentional bias and symptoms of posttraumatic stress disorder one year after burn injury. *J Nerv Ment Dis.* 2009 Nov;197(11):850-5.
 305. Sveen J., Ekselius L., Gerdin B., Willebrand M. A prospective longitudinal study of posttraumatic stress disorder symptom trajectories after burn injury. *J Trauma.* 2011 Dec; 71(6):1808-15.
 306. Sveen J., Ekselius .L, Gerdin B., Willebrand M. A prospective longitudinal study of posttraumatic stress disorder symptom trajectories after burn injury. *J.Trauma.* 2011 Dec;71(6):1808-15
 307. Sveen J., Dyster-Aas J., Willebrand M. Attentional bias and symptoms of posttraumatic stress disorder one year after burn injury. *J Nerv Ment Dis.* 2009 Nov;197(11):850-5.
 308. Swenson J.B., Dimsdale J.E. Rockwell E., Carroll W., Hansbrough J. Drug and alcohol abuse in patients with acute burn injuries // *Psychosomatics,* 1991. Summer, 32 (3). p. 287-293

309. Taal L., Faber A.W. Posttraumatic stress and maladjustment among adult burn survivors 1 to 2 years postburn. Part II: the interview data. *Burns*. 1998
310. Taal L.A, Faber A.W. Posttraumatic stress and maladjustment among adult burn survivors 1-2 years postburn. *Burns*. 1998 Jun;24(4):285-92.
311. Taal L.A., Faber A.W. Post-traumatic stress, pain and anxiety in adult burn victims. *Burns*. 1997 Nov-Dec; 23(7-8):545-9.
312. Taylor B. Complexities of family grief in a burns unit: some social work dilemmas // *Burns Incl. Therm Inj*. 1988.14(1). p. 46-48.
313. Tedstone J.E., Tarrier N. An investigation of the prevalence of psychological morbidity in burn-injured patients. *Burns*. 1997 Nov-Dec; 23(7-8):550-4.
314. Temperau C.E., Grossman A.R., Brones M.F. Volitional collapse (loss of the will to live) in patients with burn injuries. Treatment strategy // *J. Burn Care Rehabil*. 1989. 10(5). p. 464-468.
315. Temperau C.E., Grossman A.R., Brones M.F. Psychological regression and marital status: determinants in psychiatric management of burn victims // *J. Burn Care Rehabil*. 1987. 8(4), p. 286-291.
316. Thompsen M. Spontaneous human combination // *Burns*, 1978, 54(5). p. 54-59.
317. Tobiasen J., Hiebert J.M., Burns and adjustment to Injury: do psychological coping strategies help? // *J. Trauma*. 1985. 25(12). p. 1151-1155.
318. Tucker P. Psychosocial problems among adult burn victims // *Burns Incl. Therm Inj*. 1987. 13(1). P. 7-14.
319. Tudahl L.A., Blades B.C., Munster A.M. Sexual satisfaction in burn patients// *J. Burn-Care-Rehabil*. 1987. 8(4), p. 292-293.
320. Turnbull, G., Busuttil, W. & Pittman, S. (1997) Psychological debriefing for victims of acute burn trauma (letter). *British Journal of Psychiatry*, 1997, 171, 582.
321. Vagtsberger K., Taylor E.R. Psychosocial factors in burn injury. *Tex. Med*. 1984. 80(10). p. 43-46.
322. Vaillant G.E., Bond M., Vaillant C.D. An empirically validated hierarchy of defense mechanisms // *Arch. Gen. Psychiatry*, 1986. 43(8). p. 786-794.
323. Van Loey N.E., van de Schoot R., Faber A.W. Posttraumatic stress symptoms after exposure to two fire disasters: comparative study. *PLoS One*. 2012
324. Van Loey N.E., Van Son M.J. Psychopathology and psychological problems in patients with burn scars: epidemiology and management. *Am J Clin Dermatol*. 2003;4(4):245-72.
325. Van Loey N.E., van Son M.J., van der Heijden P.G., Ellis I.M. PTSD in persons with burns: an explorative study examining relationships with attributed responsibility, negative and positive emotional states. *Burns*. 2008 Dec;34(8):1082-9.
326. Van Loey N.E., Maas C.J., Faber A.W., Taal L.A. Predictors of chronic posttraumatic stress symptoms following burn injury: results of a longitudinal study. *J. Trauma Stress*. 2003 Aug; 16(4):361-9.
327. Van Rijn O.J., Meertens R.M. Kok G., Determination of behavioural risk factors for burn injuries // *Burns*. 1991. 17(5). p. 364-370.
328. Wallace L.M., Lees J. A psychological follow-up study of adult patients discharged from a British burn unit // *Burns Incl. Therm. Inj.*, 1988, 14(1). p. 39-45.
329. Wallis H, Renneberg B, Ripper S, Germann G, Wind G, Jester A. Emotional distress and psychosocial resources in patients recovering from severe burn injury. *J Burn Care Res*. 2006 Sep-Oct; 27(5):734-41.
330. Ward H.W., Moss R.L., Darko D.F., Berry C.C., Anderson J., Kolaman P., Green A., Nielsen J., Kiauber M. Wachtel T.L. et al. Prevalence of postburn depression following burn injury// *J. Burn Care Rehabil. [HLK]*. 1987. 8(4). p. 294-298.
331. Weidenfeld St. Ueber den Verbrennung tod // *Arch. Dermatol. Syphilis*. 1902. 61 pp. 33-56, 301-356.
332. Weisz A.E. Psychotherapeutic support of burned patient // *Mod. Treat*. 1967. 4(6). p. 1291-1303.
333. Wernick R.L., Brantley Ph.J., Malcolm R. Behavioural techniques in the psychological rehabilitation of burn patients// *Int. J. Psychiatry Med.*, 1980-81. 10(2), p. 145-150.
334. West O.A., Shuck J.M. Emotional Problems of the Severely Burned Patients // *Surg.Clin. North. Amer. Dec.*, 1977. v. 58, N 6, p. 1189-1204.
335. White A.C. Post-traumatic stress [letter, comment] // *Br. J. Psychiatry*, 1989.154. P. 886-887.
336. White A.C. Psychiatric Study of Patients with severe burn injuries // *Brit. Med. J*. 1982. 284, N 6314, p. 465-467.
337. Willis-Helmich J.J. Reclaiming body image: the hidden burn // *J. Burn Care Rehabil*. 1992. 13(1). p. 64-67.

338. Wiechman Askay S, Magyar-Russell G. Post-traumatic growth and spirituality in burn recovery. *Int Rev Psychiatry*. 2009 Dec; 21(6):570-9.
339. Wikehult B., Hedlund M., Marsenic M., Nyman S., Willebrand M. Evaluation of negative emotional care experiences in burn care. *J Clin Nurs*. 2008 Jul;17(14):1923-9.
340. Willebrand M., Andersson G., Ekselius L. Prediction of psychological health after an accidental burn. *J Trauma*. 2004 Aug; 57(2):367-74.
341. Williams E.E., Griffiths T. A. Psychological consequences of burn injury // *Burns*: 1991. 17(6), p. 476-480.
342. Winter H., Irle E. Hippocampal volume in adult burn patients with and without posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry*. 2004 Dec; 161(12):2194-200.
343. Yard S.S., DuHamel K.N., Galynker I.I. Hypnotizability as a potential risk factor for posttraumatic stress: a review of quantitative studies. *Int J Clin Exp Hypn*. 2008 Jul;5 6(3):334-56.
344. Yosef A.R. Health beliefs, practice, and priorities for health care of Arab Muslims in the United States. *J Transcult Nurs*. 2008 Jul; 19(3):284-91.

Список интернет-источников

1. (<https://ru.wikipedia.org/wiki/%C0%EB%E5%EA%F1%E8%F2%E8%EC%E8%FF>) Статья Алекситимия. Дата обращения 23.03. 2014
2. http://en.wikipedia.org/wiki/Attentional_bias Статья Системная предвзятость. Дата обращения 23.03.2014
3. http://ru.wikipedia.org/wiki/%CF%E2%F1%F2%F2%F0%E0%E2%EC%E0%F2%E8%F7%E5%F1%EA%E2%E5_%F1%F2%F0%E5%F1%F1%E2%E2%E5_%F0%E0%F1%F1%F2%F0%E2%E9%F1%F2%E2%E2 Статья ПТСР. Дата обращения 25.03.2014
4. http://ru.wikipedia.org/wiki/Острая_реакция_на_стресс. Дата обращения 31.03.2014
5. http://www.psychologos.ru/articles/view/desensibilizaciya_i_korrekcija_pererabotki_informacii_s_po_moschyu_dvizheniya_glaznyh_yablok_dpdg Десенсибилизация движений глаз. Дата обращения 25.03. 2014
6. International Association for the Study of Pain <http://www.iasp-pain.org> . Дата обращения 23.04. 2013
7. Pain and Suffering <http://www.suffering-pain.net> Norwegian Pain Society <http://www.norsksmerteforening.no/>. Дата обращения 23.04. 2013
8. Pain. Journal of the International Association for the Study of Pain. http://www.painjournalonline.com/issues?issue_key=S0304-3959%2811%29X0014-3 Дата обращения 23.04. 2013
9. Википедия. Валлерова дегенерация. http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%B0%D0%BB%D0%BB%D0%B5%D1%80%D0%BE%D0%B2%D0%B0_%D0%B4%D0%B5%D0%B3%D0%B5%D0%BD%D0%B5%D1%80%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F Дата обращения 23.04. 2013
10. Википедия. Фактор некроза опухоли http://ru.wikipedia.org/wiki/%D4%E0%EA%F2%E2%F0_%ED%E5%EA%F0%E2%E7%E0_%EE%EF%F3%F5%E2%E5%E8
11. Журнал «Боль и ее лечение» <http://www.painstudy.ru/pjr/index.php> Дата обращения 23.04. 2013
12. Журнал «Боль» <http://www.painstudy.ru/schmerz/index-rus.php> Дата обращения 23.04. 2013
13. Журнал «Российский журнал боли» http://www.painrussia.ru/rightcol/rossijskij_zhurnal_boli Дата обращения 23.04. 2013
14. Кинезиолог. kineziolog.bodhy.ru Дата обращения 23.04. 2013
15. Ожоги Информационный бюллетень N°365. Май 2012 г. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs365/ru/index.html> Дата обращения 23.05. 2013 г.
16. Ожоги Информационный бюллетень N°365. Май 2012 г. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs365/ru/index.html> Дата обращения 23.04. 2013
17. Статья Духовность. Википедия <http://ru.wikipedia.org/wiki/%C4%F3%F5%E2%ED%E2%F1%F2%FC> (последнее обращение 07.03.2014)

ПРИЛОЖЕНИЕ

Приложение 1. Карта психологического наблюдения

Ф.И.О. _____
Дата _____ Возраст _____ Образование _____
Профессия _____ Семейное положение _____
Диагноз _____
Время заболевания _____ Обратился _____

Дополнительные сведения _____

Люшер _____

Спилбергер

| | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----|---|---|---|---|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | |
| 19 | | | | |
| 20 | | | | |

| | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----|---|---|---|---|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | |
| 19 | | | | |
| 20 | | | | |

РТ _____

ЛТ _____

Приложение 2 Тест-опросник (Шкала) депрессии Бека

Тест-опросник депрессии (Beck Depression Inventory) был предложен Аароном Т. Беком в 1961 году на основе клинических наблюдений, позволивших выявить перечень симптомов депрессии.

Тест-опросник депрессии, включает в себя 21 вопрос-утверждение наиболее часто встречаемых симптомов и жалоб.

Каждый пункт опросника состоит из 4-5 утверждений, соответствующих специфическим проявлениям/симптомам депрессии. Эти утверждения ранжированы по мере увеличения удельного веса симптома в общей степени тяжести депрессии.

Инструкция.

В этом опроснике содержатся группы утверждений. Внимательно прочитайте каждую группу утверждений. Затем определите в каждой группе одно утверждение, которое лучше всего соответствует тому, как Вы себя чувствовали НА ЭТОЙ НЕДЕЛЕ И СЕГОДНЯ. Поставьте галочку около выбранного утверждения. Если несколько утверждений из одной группы кажутся Вам одинаково хорошо подходящими, то поставьте галочки около каждого из них. Прежде, чем сделать свой выбор, убедитесь, что Вы прочли Все утверждения в каждой группе.

Стимульный материал.

1

0 Я не чувствую себя расстроенным, печальным.

1 Я расстроен.

2 Я все время расстроен и не могу от этого отключиться.

3 Я настолько расстроен и несчастлив, что не могу это выдержать.

2

0 Я не тревожусь о своем будущем.

1 Я чувствую, что озадачен будущим.

2 Я чувствую, что меня ничего не ждет в будущем.

3 Мое будущее безнадежно, и ничто не может измениться к лучшему.

3

0 Я не чувствую себя неудачником.

1 Я чувствую, что терпел больше неудач, чем другие люди.

2 Когда я оглядываюсь на свою жизнь, я вижу в ней много неудач.

3 Я чувствую, что как личность я – полный неудачник.

4

0 Я получаю столько же удовлетворения от жизни, как раньше.

1 Я не получаю столько же удовлетворения от жизни, как раньше.

2 Я больше не получаю удовлетворения ни от чего.

3 Я полностью не удовлетворен жизнью и мне все надоело.

5

0 Я не чувствую себя в чем-нибудь виноватым.

1 Достаточно часто я чувствую себя виноватым.

2 Большую часть времени я чувствую себя виноватым.

3 Я постоянно испытываю чувство вины.

6

0 Я не чувствую, что могу быть наказанным за что-либо.

1 Я чувствую, что могу быть наказан.

2 Я ожидаю, что могу быть наказан.

3 Я чувствую себя уже наказанным.

7

0 Я не разочаровался в себе.

1 Я разочаровался в себе.

2 Я себе противен.

3 Я себя ненавижу.

8

0 Я знаю, что я не хуже других.

1 Я критикую себя за ошибки и слабости.

2 Я все время обвиняю себя за свои поступки.

3 Я виню себя во всем плохом, что происходит.

9

0 Я никогда не думал покончить с собой.

1 Ко мне приходят мысли покончить с собой, но я не буду их осуществлять.

2 Я хотел бы покончить с собой.

3 Я бы убил себя, если бы представился случай.

10

0 Я плачу не больше, чем обычно.

1 Сейчас я плачу чаще, чем раньше.

2 Теперь я все время плачу.

3 Раньше я мог плакать, а сейчас не могу, даже если мне хочется.

11

0 Сейчас я раздражителен не более, чем обычно.

1 Я более легко раздражаюсь, чем раньше.

2 Теперь я постоянно чувствую, что раздражен.

3 Я стал равнодушен к вещам, которые меня раньше раздражали.

12

0 Я не утратил интереса к другим людям.

1 Я меньше интересуюсь другими людьми, чем раньше.

2 Я почти потерял интерес к другим людям.

3 Я полностью утратил интерес к другим людям.

13

0 Я откладываю принятие решения иногда, как и раньше.

1 Я чаще, чем раньше, откладываю принятие решения.

2 Мне труднее принимать решения, чем раньше.

3 Я больше не могу принимать решения.

14

0 Я не чувствую, что выгляжу хуже, чем обычно.

1 Меня тревожит, что я выгляжу старым и непривлекательным.

2 Я знаю, что в моей внешности произошли существенные изменения, делающие меня непривлекательным.

3 Я знаю, что выгляжу безобразно.

15

0 Я могу работать так же хорошо, как и раньше.

1 Мне необходимо сделать дополнительное усилие, чтобы начать делать что-нибудь.

2 Я с трудом заставляю себя делать что-либо.

3 Я совсем не могу выполнять никакую работу.

16

0 Я сплю так же хорошо, как и раньше.

1 Сейчас я сплю хуже, чем раньше.

2 Я просыпаюсь на 1-2 часа раньше, и мне трудно заснуть опять.

3 Я просыпаюсь на несколько часов раньше обычного и больше не могу заснуть.

17

0 Я устаю не больше, чем обычно.

1 Теперь я устаю быстрее, чем раньше.

2 Я устаю почти от всего, что я делаю.

3 Я не могу ничего делать из-за усталости.

18

0 Мой аппетит не хуже, чем обычно.

1 Мой аппетит стал хуже, чем раньше.

2 Мой аппетит теперь значительно хуже.

3 У меня вообще нет аппетита.

19

0 В последнее время я не похудел или потеря веса была незначительной.

1 За последнее время я потерял более 2 кг.

2 Я потерял более 5 кг.

3 Я потерял более 7 кг.

Я намеренно стараюсь похудеть и ем меньше (отметить крестиком).

Да _____ Нет _____

20

0 Я беспокоюсь о своем здоровье не больше, чем обычно.

1 Меня тревожат проблемы моего физического здоровья, такие, как боли, расстройство желудка, запоры и т.д.

2 Я очень обеспокоен своим физическим состоянием, и мне трудно думать о чем-либо другом.

3 Я настолько обеспокоен своим физическим состоянием, что больше ни о чем не могу думать.

21

0 В последнее время я не замечал изменения своего интереса к близости.

1 Меня меньше занимают проблемы близости, чем раньше.

2 Сейчас я значительно меньше интересуюсь межполовыми отношениями, чем раньше.

3 Я полностью утратил интерес к межполовым отношениям.

Обработка результатов.

Показатель по каждой категории рассчитывается следующим образом: каждый пункт шкалы оценивается от 0 до 3 в соответствии с нарастанием тяжести симптома.

Суммарный балл составляет от 0 до 62 и снижается в соответствии с улучшением состояния.

Интерпретация (ключ) теста Бека.

Результаты теста интерпретируются следующим образом:

0-9 – отсутствие депрессивных симптомов

10-15 – легкая депрессия (субдепрессия)

16-19 – умеренная депрессия

20-29 – выраженная депрессия (средней тяжести)

30-63 – тяжёлая депрессия

Также в методике выделяются две субшкалы:

Пункты 1-13 – когнитивно-аффективная субшкала (С-А)

Пункты 14-21 – субшкала соматических проявлений депрессии (S-P)

Приложение 3. Шкала тревоги Спилбергера (State-Trait Anxiety Inventory – STAI)

Назначение методики

Шкала тревоги Спилбергера (State-Trait Anxiety Inventory – STAI) является информативным способом самооценки уровня тревожности в данный момент (реактивная тревожность, как состояние) и личностной тревожности (как устойчивая характеристика человека). Разработан Ч.Д.Спилбергером и адаптирован Ю.Л.Ханиным.

Теоретические основы

Измерение тревожности как свойства личности особенно важно, так как это свойство во многом обуславливает поведение субъекта. Определенный уровень тревожности – естественная и обязательная особенность активной деятельной личности. У каждого человека существует свой оптимальный, или желательный, уровень тревожности – это так называемая полезная тревожность. Оценка человеком своего состояния в этом отношении является для него существенным компонентом самоконтроля и самовоспитания.

Под личностной тревожностью понимается устойчивая индивидуальная характеристика, отражающая предрасположенность субъекта к тревоге и предполагающая наличие у него тенденции воспринимать достаточно широкий «веер» ситуаций как угрожающие, отвечая на каждую из них определенной реакцией. Как предрасположенность, личная тревожность активизируется при восприятии определенных стимулов, расцениваемых человеком как опасные для самооценки, самоуважения. Ситуативная или реактивная тревожность как состояние характеризуется субъективно переживаемыми эмоциями: напряжением, беспокойством, озабоченностью, нервозностью. Это состояние возникает как эмоциональная реакция на стрессовую ситуацию и может быть разным по интенсивности и динамичности во времени.

Личности, относимые к категории высокотревожных, склонны воспринимать угрозу своей самооценке и жизнедеятельности в обширном диапазоне ситуаций и реагировать весьма выраженным состоянием тревожности. Если психологический тест выражает у испытуемого высокий показатель личностной тревожности, то это дает основание предполагать у него появление состояния тревожности в разнообразных ситуациях, особенно когда они касаются оценки его компетенции и престижа.

Большинство из известных методов измерения тревожности позволяет оценить только или личностную тревожность, или состояние тревожности, либо более специфические реакции. Единственной методикой, позволяющей дифференцированно измерять тревожность и как личностное свойство, и как состояние является методика, предложенная Ч. Д. Спилбергером. На русском языке его шкала была адаптирована Ю. Л. Ханиным.

Процедура проведения

Инструкция

Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений и зачеркните цифру в соответствующей графе справа в зависимости от того, как вы себя чувствуете в данный момент. Над вопросами долго не задумывайтесь, поскольку правильных и неправильных ответов нет.

Обработка результатов

Обработка результатов включает следующие этапы:

- Определение показателей ситуативной и личностной тревожности с помощью ключа.
- На основе оценки уровня тревожности составление рекомендаций для коррекции поведения испытуемого.
- Вычисление среднегруппового показателя ситуативной тревожности (СТ) и личностной тревожности (ЛТ) и их сравнительный анализ в зависимости, например, от половой принадлежности испытуемых.

Ключ

| СТ | Ответы | | | | ЛТ | Ответы | | | |
|--------------------------------|--------|---|---|---|-------------------------------|--------|----|---|---|
| | №№ | 1 | 2 | 3 | | 4 | №№ | 1 | 2 |
| <i>Ситуативная тревожность</i> | | | | | <i>Личностная тревожность</i> | | | | |
| 1 | 4 | 3 | 2 | 1 | 21 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2 | 4 | 3 | 2 | 1 | 22 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3 | 1 | 2 | 3 | 4 | 23 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 24 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | | | | | | |
|----|---|---|---|---|----|---|---|---|---|
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 25 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 26 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 7 | 1 | 2 | 3 | 4 | 27 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 8 | 4 | 3 | 2 | 1 | 28 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9 | 1 | 2 | 3 | 4 | 29 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10 | 4 | 3 | 2 | 1 | 30 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 11 | 4 | 3 | 2 | 1 | 31 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12 | 1 | 2 | 3 | 4 | 32 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13 | 1 | 2 | 3 | 4 | 33 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14 | 1 | 2 | 3 | 4 | 34 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15 | 4 | 3 | 2 | 1 | 35 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16 | 4 | 3 | 2 | 1 | 36 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 17 | 1 | 2 | 3 | 4 | 37 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18 | 1 | 2 | 3 | 4 | 38 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19 | 4 | 3 | 2 | 1 | 39 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 20 | 4 | 3 | 2 | 1 | 40 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Интерпретация результатов

При анализе результатов самооценки надо иметь в виду, что общий итоговый показатель по каждой из подшкал может находиться в диапазоне от 20 до 80 баллов. При этом чем выше итоговый показатель, тем выше уровень тревожности (ситуативной или личностной).

При интерпретации показателей можно использовать следующие ориентировочные оценки тревожности:

- до 30 баллов – низкая,
- 31-44 балла – умеренная;
- 45 и более – высокая.

Личности, относимые к категории *высокотревожных*, склонны воспринимать угрозу своей самооценке и жизнедеятельности в обширном диапазоне ситуаций и реагировать весьма выраженным состоянием тревожности. Если психологический тест выражает у испытуемого высокий показатель личностной тревожности, то это дает основание предполагать у него появление состояния тревожности в разнообразных ситуациях, особенно когда они касаются оценки его компетенции и престижа.

Лицам с высокой оценкой тревожности следует формировать чувство уверенности и успеха. Им необходимо смещать акцент с внешней требовательности, категоричности, высокой значимости в постановке задач на содержательное осмысление деятельности и конкретное планирование по подзадам.

Для *низкотревожных* людей, напротив, требуется пробуждение активности, подчеркивание мотивационных компонентов деятельности, возбуждение заинтересованности, высвечивание чувства ответственности в решении тех или иных задач.

Состояние **реактивной (ситуационной) тревоги** возникает при попадании в стрессовую ситуацию и характеризуется субъективным дискомфортом, напряженностью, беспокойством и вегетативным возбуждением. Естественно, это состояние отличается неустойчивостью во времени и различной интенсивностью в зависимости от силы воздействия стрессовой ситуации. Таким образом, значение итогового показателя по данной подшкале позволяет оценить не только уровень актуальной тревоги испытуемого, но и определить, находится ли он под воздействием стрессовой ситуации и какова интенсивность этого воздействия на него.

Личностная тревожность представляет собой конституциональную черту, обуславливающую склонность воспринимать угрозу в широком диапазоне ситуаций. При высокой личностной тревожности каждая из этих ситуаций будет обладать стрессовым воздействием на субъекта и вызывать у него выраженную тревогу. Очень высокая личностная тревожность прямо коррелирует с наличием невротического конфликта, с эмоциональными и невротическими срывами и психосоматическими заболеваниями.

Сопоставление результатов по обеим подшкалам дает возможность оценить индивидуальную значимость стрессовой ситуации для испытуемого. Шкала Спилбергера в силу своей относительной простоты и эффективности широко применяется в клинике с различными целями: определение выраженности тревожных переживаний, оценка состояния в динамике и др.

Шкала ситуативной тревожности

Инструкция: Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений и зачеркните цифру в соответствующей графе справа в зависимости от того, как вы себя чувствуете в данный момент. Над вопросами долго не задумывайтесь, поскольку правильных и неправильных ответов нет.

Суждения

| №пп | Суждение | Никогда | Почти никогда | Часто | Почти всегда |
|-----|--|---------|---------------|-------|--------------|
| 1 | Я спокоен | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2 | Мне ничто не угрожает | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3 | Я нахожусь в напряжении | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4 | Я внутренне скован | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5 | Я чувствую себя свободно | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6 | Я расстроен | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7 | Меня волнуют возможные неудачи | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8 | Я ощущаю душевный покой | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9 | Я встревожен | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10 | Я испытываю чувство внутреннего удовлетворения | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11 | Я уверен в себе | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12 | Я нервничаю | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13 | Я не нахожу себе места | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14 | Я взвинчен | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15 | Я не чувствую скованности, напряжения | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16 | Я доволен | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17 | Я озабочен | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18 | Я слишком возбужден и мне не по себе | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19 | Мне радостно | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20 | Мне приятно | 1 | 2 | 3 | 4 |

Шкала личной тревожности

Инструкция. Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений и зачеркните цифру в соответствующей графе справа в зависимости от того, как вы себя чувствуете обычно. Над вопросами долго не думайте, поскольку правильных или неправильных ответов нет.

Суждения

| №пп | Суждение | Никогда | Почти никогда | Часто | Почти всегда |
|-----|--|---------|---------------|-------|--------------|
| 21 | У меня бывает приподнятое настроение | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22 | Я бываю раздражительным | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23 | Я легко расстраиваюсь | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24 | Я хотел бы быть таким же удачливым, как и другие | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25 | Я сильно переживаю неприятности и долго не могу о них забыть | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|
| 26 | Я чувствую прилив сил и желание работать | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27 | Я спокоен, хладнокровен и собран | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 28 | Меня тревожат возможные трудности | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 29 | Я слишком переживаю из-за пустяков | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 30 | Я бываю вполне счастлив | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 31 | Я все принимаю близко к сердцу | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 32 | Мне не хватает уверенности в себе | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 33 | Я чувствую себя незащищенным | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 34 | Я стараюсь избегать критических ситуаций и трудностей | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 35 | У меня бывает хандра | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 36 | Я бываю доволен | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 37 | Всякие пустяки отвлекают и волнуют меня | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 38 | Бывает, что я чувствую себя неудачником | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 39 | Я уравновешенный человек | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 40 | Меня охватывает беспокойство, когда я думаю о своих делах и заботах | 1 | 2 | 3 | 4 |

Приложение 4. Методика проведения теста Люшера

Тест Люшера проводился следующим образом:

8 цветных карточек раскладывалось перед испытуемым. Ему говорилось: «Посмотрите на эти восемь цветов и решите, какой цвет вам нравится больше всего. Не пытайтесь связывать цвет с чем-нибудь другим, вроде тканей на платье, мебели, автомобилей и т.д. Просто выберите цвет, который нравится Вам больше всего». Испытуемый указывал предпочитаемый цвет. Его благодарили за выбор и убирали карточку – цветом вниз – в начало ряда. Затем говорилось: «Из оставшихся цветов какой Вам больше всего нравится теперь? Когда цвет был указан, испытуемого благодарили, карточку убирали – цветом вниз и располагали рядом с первой, справа. Продолжали делать таким образом с остальными карточками, пока их не осталось две. Тогда говорилось: «Из этих двух оставшихся карточек, какую Вы предпочитаете?». Когда испытуемый её указывал, его благодарили, брали обе карточки и располагали в 7 и 8 позиции.

В протоколе (образец имеется в Приложении) записывали номера этих 8 карточек по порядку слева направо.

Затем испытуемому предлагалось сделать второй выбор.

Карточки перемешивались и опять раскладывались перед испытуемым.

Второй выбор начинается со слов: «Я хочу, чтобы вы посмотрели на эти цвета так, будто Вы их никогда не видели. Не делайте сознательного усилия вспомнить или воспроизвести то, что Вы делали в первый раз. Какой цвет Вам теперь нравится больше всего?» Далее проводилась вышеописанная процедура. Номер второго выбора записывался под ранее записанным номером.

В дальнейшей выборки анализировались психологом.

Приложение 5. Клиника острого горя

– Наличие стрессора, способного вызвать отчетливые признаки дистресса почти у всех людей

– Повторяющееся переживание обстоятельств травмы, сопровождающееся по меньшей мере одним из следующих симптомов:

1. повторяющиеся неотвязные воспоминания
2. повторяющиеся сновидения или кошмары

В ответ на какой-либо запускающий стимул возникают такие действия или ощущения, как-будто травма повторяется вновь.

– Притупление откликаемости или вовлеченности во внешний мир, проявляющееся по меньшей мере одним из следующих симптомов:

1. уменьшение интереса к одной или более сфере деятельности.
2. чувство безразличия или отстраненности от окружающих
3. выраженное сжатие эмоциональных реакций.

– По меньшей мере один из следующих когнитивных или вегетативных симптомов:

1. сверхбдительность
2. бессоница
3. вина выжившего
4. нарушения памяти или тревожности и концентрации
5. фобическое избегание ситуации, напоминающих о травме
6. экзacerbация симптомов при попадании в ситуацию, напоминающую обстоятельства травмы.

Имеются в наличии также депрессивные симптомы, беспокойство, нервность, тремор, раздражительность, вспыльчивость, эмоциональная лабильность, вегетативная лабильность, головная боль, головокружение, злоупотребление алкоголем и лекарствами, импульсивное поведение без стремления к насилию.

Из: «Всеобъемлющий учебник психиатрии», 1985

5-е изд. Табл.20-4-1, стр.921.

Критерии для посттравматического стрессового расстройства.

Приложение 6. Глоссарий механизмов психологической защиты G.E.Vaillant et al. (1977,1987)

1 . Психотические механизмы защиты, имеющие целью преобразить реальность и воспринимаемые окружающими как "безумие"

- А. Бредовая проекция: преимущественно персекуторное восприятие внешней реальности.
- Б. Психотическое отрицание внешней реальности, замещение неприятных фактов фантазиями с полной верой в них и с соответствующим аффектом.
- В. Искажение внешней реальности, придание ей иного, приемлемого для личности значения.

2. Незрелые механизма защиты, характерные для аффективных и психопатоподобных расстройств, имеющие целью уменьшить дистресс или отвести угрозу и воспринимаемые окружающими как социально неприемлемые:

- А. Проекция: приписывание своих неосознанных чувств другим (предубеждения, подозрительность, собиранье обид).
- Б. шизоидное фантазирование (приносящий субъективное удовлетворение уход в мечтания при сохранении осознания их именно как мечтаний).
- В. Соматизация внутреннего напряжения с дисфорическим оттенком, но остающаяся чужой Я, требующая сочувствия, но не обличаемая им (ипохондрия).
- Г. Пассивная агрессия: стремление косвенно задеть других глупыми провокациями, промедлениями и саботажем.
- Д. Отреагирование: прямое выражение внутреннего напряжения в виде вспышек грубости, делинквентных действий, которые субъект затем не может толком объяснить.

3. Промежуточные (невротические) механизмы, имеющие целью изменить собственные чувства или способ их выражения и воспринимаемые окружающими как странные причуды или «заскоки».

- А. Интеллектуализация (формальное и бесстрастное рассуждательство о субъективно высокозначимых событиях, не сопровождающееся какими-нибудь действиями, сдвиг внимания на малозначимые детали во избежание восприятия целого).
- Б. Вытеснение: кажущаяся необъяснимой наивность и забывчивость.
- В. Смещение: направление чувства на, казалось бы, непричастный объект (необъяснимые враждебные насмешки, фобии).
- Г. Формирование реакции: диаметрально противоположное внутренним побуждениям поведение (забота о других, когда хочется, чтобы заботились о нем – обычно тягостная для объекта таких «забот»).
- Д. Невротической отрицание (диссоциация): временное, но резкое искажение своего характера и самоощущения (краткие отказы от ответственности за неприятные события, суетливые, запоздалые и бесполезные действия по исправлению непоправимого, для чего вдруг применяются несвойственные ранее приемы).

4. Зрелые механизмы защиты, имеющие целью интегрировать реальность, межличностные отношения и субъективные чувства и воспринимаемые окружающими как добродетели.

- А. Альтруизм – конструктивное и приносящее всем удовлетворение формирование реакции.
- Б. Юмор: прямое выражение мыслей или чувств без внутреннего дискомфорта у субъекта или неприятного осадка у других.
- В. Подавление (стоицизм): сознательное или подсознательное решение отложить разрешение конфликта.
- Г. Предвосхищение: реалистическое планирование внутреннего дискомфорта на будущее.
- Д. Сублимация: не прямое или смягченное выражение чувств и желаний без неприятных последствий или потери удовольствия.

Приложение 7. Психопатология периода токсемии

Таблица 1

Психопатология периода токсемии

| Авторы | Количество больных | Критерий отбора | Методы и критерии диагностики | Результаты | Сопутствующие результаты |
|---------------------------------|--------------------------|--|--|---|---|
| 1.Cobb S., Lindemann E., 1943 | 17 | Госпитализация не менее 8 дней | 1.Первое описание 2. Не уточнены | 1.Реакция горя –41,1% 2.Психогенные психозы-2% | Эмоциональная реакция связана с личными и социальными факторами |
| 2.Hamburg D.A.et al., 1953 | 12(10мужчин, 2 женщины) | 1.Возраст 18-30 2.Госпитализация от 2 до 9 мес. | Интервью психолога и социального работника с последней оценкой психиатром | 1.Психозы-25% 2.Легкая-умеренная депрессия-58,3% 3.Тревожные эпизоды-33% | По ночам, сочетаясь с бессонницей |
| 3.Levis S.R. et al.,1963 | 47(23 мужчин,24 женщины) | Не уточнены | Четыре психолога независимо друг от друга достигали 75% консенсуса в оценке психического статуса больных по 5 шкалам | 1.Пассивно-бесполезная группа-44,7% 2.Хорошо адаптированная группа-29,8% 3.Жалобнотребующая группа-8,5% 4.Неподчиненно-обструкционная группа-8,5% 5.Чрезмерно-подчиненная группа-6,4% Безответственная группа-2,1% (реакция депрессии) | Нет связи с возрастом, преморбидным типом личности, размером и глубиной ожога, длительностью госпитализации |
| 4.Богаченко В.П.,1964,1965,1966 | 1803 больных | Психиатрическое обследование Клинический метод | | Психозы возникают на 2-6 сутки. Локализация не имеет значения | |
| 5.Petersen I. et al.,1965 | 25 | Ожоги 25-35% | Не уточнены | В половине случаев ожоги получили алкоголики | |
| 6.Кряжев П.В.,1972 | 139(90 мужчин,49 женщин) | Не уточнены | Клинический метод | 1.Психозы-56,4% 2.Неврозы-43,6% Неврастения-20,2% Депрессия-8,6% Астеноорганический синдром-7% | Психозы наблюдались преимущественно в фазе токсемии и септикотоксемии. При тяжелой травме неврозы наблюдались в стадии реконвалесценции |
| 7.Волошин П.В.,1972 | | Психиатрическое исследование | | Эмоциопатология в стадии реконвалесценции (преимущественно при глубоких ожогах) | |

| Авторы | Количество больных | Критерий отбора | Методы и критерии диагностики | Результаты | Сопутствующие результаты |
|---------------------------------|------------------------|---|---------------------------------------|---|--|
| 8.Andreasen N.J.C. et al., 1972 | 32(20мужчин,12 женщин) | 20-59 лет (средний возраст 36 лет), ожоги8-60%, госпитализация | Психиатрическое интервью – 10 больных | 1.Депрессия-31% 2.Тяжелая депрессия-18,7% Тяжелая регрессия-21,8% | 1.Преморбидная психопатология 2.При семейных проблемах и старше 30 лет, госпитализация более 1 месяца 3.Ожоги более 30%, сопутствующая преморбидная психопатология 90%, соматические заболевания 4.Деадаптация до ожога (психопатология, инвалидность, несчастный случай), остается дезадаптация после ожога 5.Странные рвоты как при тяжелой шизофрении |
| 9.Павловский П.,1972 | 200 | Психиатрическое исследование | | Психозы-20,5% | |
| 10.Avni J.,1975 | 48 | Обожженные во время военных действий 18-37 лет, 34-ожоги менее 24%, госпитализация в среднем 15,5 дней; 5-ожоги 26-45%, госпитализация в среднем 41 день; 6-ожоги более 45%, госпитализация в среднем 75 дней | Не уточнены | 1.Тяжелая депрессия-12,5% 2.Тяжелая регрессия-8,4% 3. Маниформная реакция-4,2% 4.Кошмарные сновидения об ожоге-4,2% 5.Легкая эйфория-2,1% | 2.Сочеталась с нарушениями в семейных отношениях 5.При краткой госпитализации Преморбидная психопатология не имела значения |
| 11.Steiner H., Clark W.R., 1977 | 35 | Психиатрическое исследование | | | Возраст, размер ожога и преморбидная психопатология положительно коррелировали с ожогами, осложнениями |

| Авторы | Количество больных | Критерий отбора | Методы и критерии диагностики | Результаты | Сопутствующие результаты |
|--|-----------------------------|--|--|--|---|
| 12. Bereni-Marzouk et al., 1982 | 53 (26 мужчин, 27 женщин) | Ожоги-30-40%, госпитализация от 15 дней до 5 месяцев. 19-75 лет | 1. Психологическое интервью еженедельно 2. Карта из 132 пунктов (контактность, поведение и пр.) | 1. Депрессия в первую неделю-61% 2. Депрессия снижалась до 23% на третью неделю и поднималась до 41% на четвертой неделе | Перед выпиской депрессия маскируется, кажется эйфорией; больные отчуждаются от психолога |
| 13. Гельфанд В.Б., Николаев Г.В., 1980 | 84 | Ожоги 15-40%, 3-4 ст. | Клинический метод | Депрессия | Астенический фон |
| 14. Klein R.M., Charlton J.E. et al., 1983 | 16 | Возраст от 13 до 77 лет. Средний возраст 38,13. Ожоги 7-70%, средний показатель 25,53% | Не учтен клинический метод, 5-минутные опросники и образчики поведения | 1. Депрессия-38% 2. Психозы-38% 3. Боль как серьезная проблема-44% | Болевое поведение не зависит от размера и локализации ожога |
| 15. Charlton J.E. et al., 1983 | 26 (24 мужчины, 2 женщины) | 1. Средний возраст 30 лет 2. Ожог 1-37%, средний показатель 11%. 3. Госпитализация более 6 дней 4. Серьезные психиатрические заболевания исключены | 1. Клинический метод 2. Опросники Спилбергера и Цунга | 1. Психиатрические проблемы-30% 2. Реактивная тревога-42,9±8,6 3. Личностная тревога-39,7±10,0 4. Депрессия по Цунгу (среднее значение) 46,9 (легкая) | Депрессия сочетается с продолжительной госпитализацией и хирургическими осложнениями |
| 16. May S.R. et al., 1984 | 48 | Психиатрическое исследование | | Депрессия в 100% при ожогах более 60% | |
| 17. Tucker P., 1987 | 22 | 1. 6 недель после ожога перед выпиской 2. Возраст 18-85 (средний возраст 46 лет) 3. Средняя площадь ожога 29% 4. Тяжесть 3 степени 5. Госпитализация в среднем 49 дней | 1. Опросник Спилбергера 2. Опросник Айзенка 3. ДСМ-3 | 1. Реактивная тревога (среднее значение) 37 2. Невротизм 8,9 3. ПТСР-19% | 3. РТ и невротизм положительно коррелировали с послеожоговой дезадаптацией Тяжесть и локализация ожога не имеют значения |
| 18. Blumenfeld M., Reddich P.M., 1987 | 68 (88% мужчин, 12% женщин) | Малые и средние ожоги, возраст 18-62 г.г., | Компьютеризированный опросник из | А. Проблемы: 1. диссомния-75% | Группа с «малыми ожогами», но с большими |

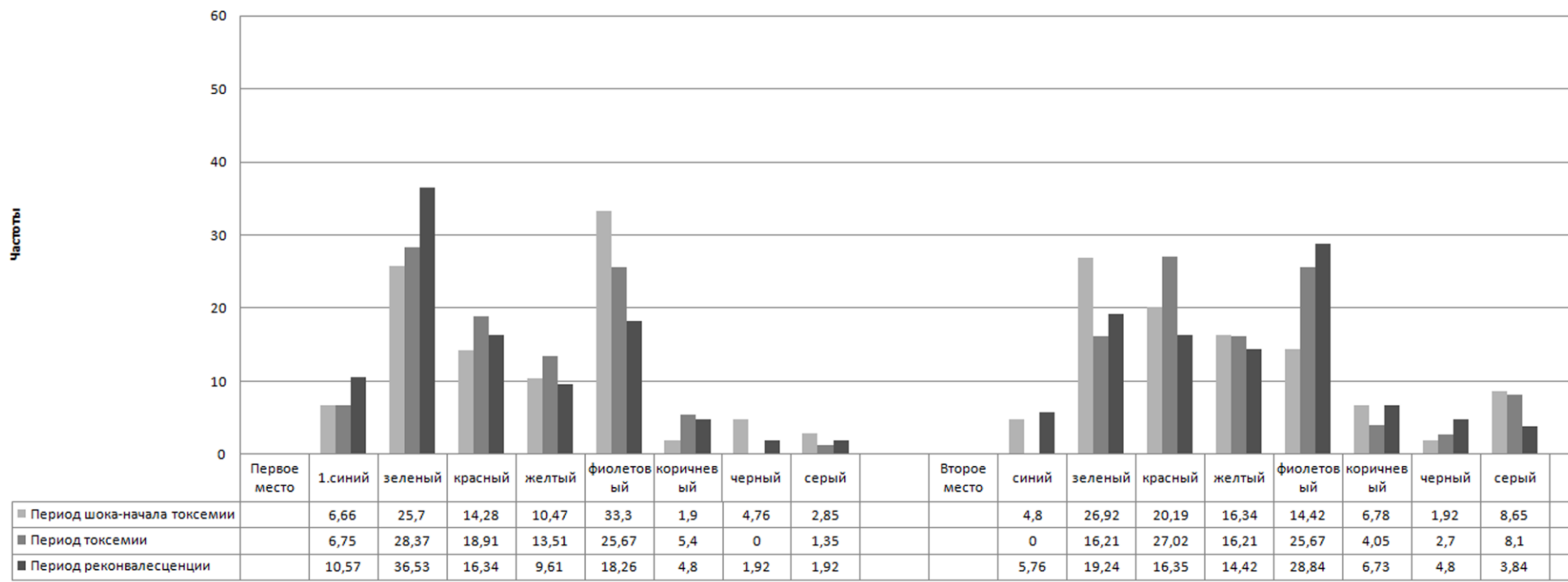
| Авторы | Количество больных | Критерий отбора | Методы и критерии диагностики | Результаты | Сопутствующие результаты |
|--------------------------------------|-------------------------------|--|-------------------------------|--|--|
| | | госпитализация более 1 недели, без преморбидной психопатологии. Средний возраст 34 года. Средняя площадь ожога 9,3%. Средний срок госпитализации 12 дней | 250 пунктов | 2.сексуальные дисфункции-8% 3.страх обезображивания 81% Б.Конфликт: 1.угроза нарциссизму 2.страх потери любви-69% 3. страх контроля-68% В.Совладание 1.Регрессия-58% 2.Смещение-50% 3.Сильная привязанность к персоналу-50% 4.Самообвинение-50% 5.Отреагирование-44% 6.Идентификация с агрессором-18% 7.Отрицание-12% | проблемами». Позднее, в периоде реконвалесценции эту группу отличала неспособность спонтанно выразить свои эмоциональные переживания. Локализация ожога не имела значения. |
| 19. Blumenfeld M., Reddich P.M.,1987 | 52 (79% мужчин и 21% женщин). | Средний возраст 37,9. Средняя площадь ожога 9,6%. Средний срок госпитализации 18 дней | | А.Проблемы: 1.диссомния-12% 2.сексуальные дисфункции-8% 3.страх обезображивания 24% Б.Конфликт: 1.угроза нарциссизму-12% 2.страх потери любви-26% 3. страх контроля-30% В.Совладание 1.Регрессия-14% 2.Смещение-16% 3.Сильная привязанность к персоналу-46% 4.Самообвинение-36% 5.Отреагирование-22% 6.Идентификация с агрессором-12% 7.Отрицание-21% | Группа с «малыми ожогами и малыми проблемами». Локализация ожога не имела значения. Позднее, в периоде реконвалесценции, их отличала легкость спонтанного выражения своих эмоциональных переживаний. |

| Авторы | Количество больных | Критерий отбора | Методы и критерии диагностики | Результаты | Сопутствующие результаты |
|---------------------------|------------------------------------|---|---|---|--|
| 20.Perry S.W. et al.,1987 | 104 больных,78% из 134 поступивших | 1.3 степень ожога | 1.Самооценка от 1 до 8 2.Опросник вины | 1.ПТСР-41% 2.Делирий-45% | Тенденция к большому ожогу в группе ПТСР (p<0,1) |
| | ----- 43(41%) 84% женщин | Средний возраст 28±6 Средняя площадь ожога 23±7% | | 1.ПТСР-100% 2.Делирий-45% 3.Боль 3,4±0,6 вне процедур 4.Боль 6,2±0,3 на процедурах 5.Прямое выражение вины-65% 6.Непрямое выражение вины-33% | Эмоциональное «отупение» в группе ПТСР, однако сопровождается повышенной болевой чувствительностью |
| | 61 (59%), 64% мужчин | Средний возраст 37±7 Средняя площадь ожога 19±4 | | 1.Без ПТСР 2.Делирий-30% 3.Боль 2,8±0,3 вне процедур 4.Боль 5,7±0,3 на процедурах 5.Прямое выражение вины-30% 6.Непрямое выражение вины-59% | ----- |

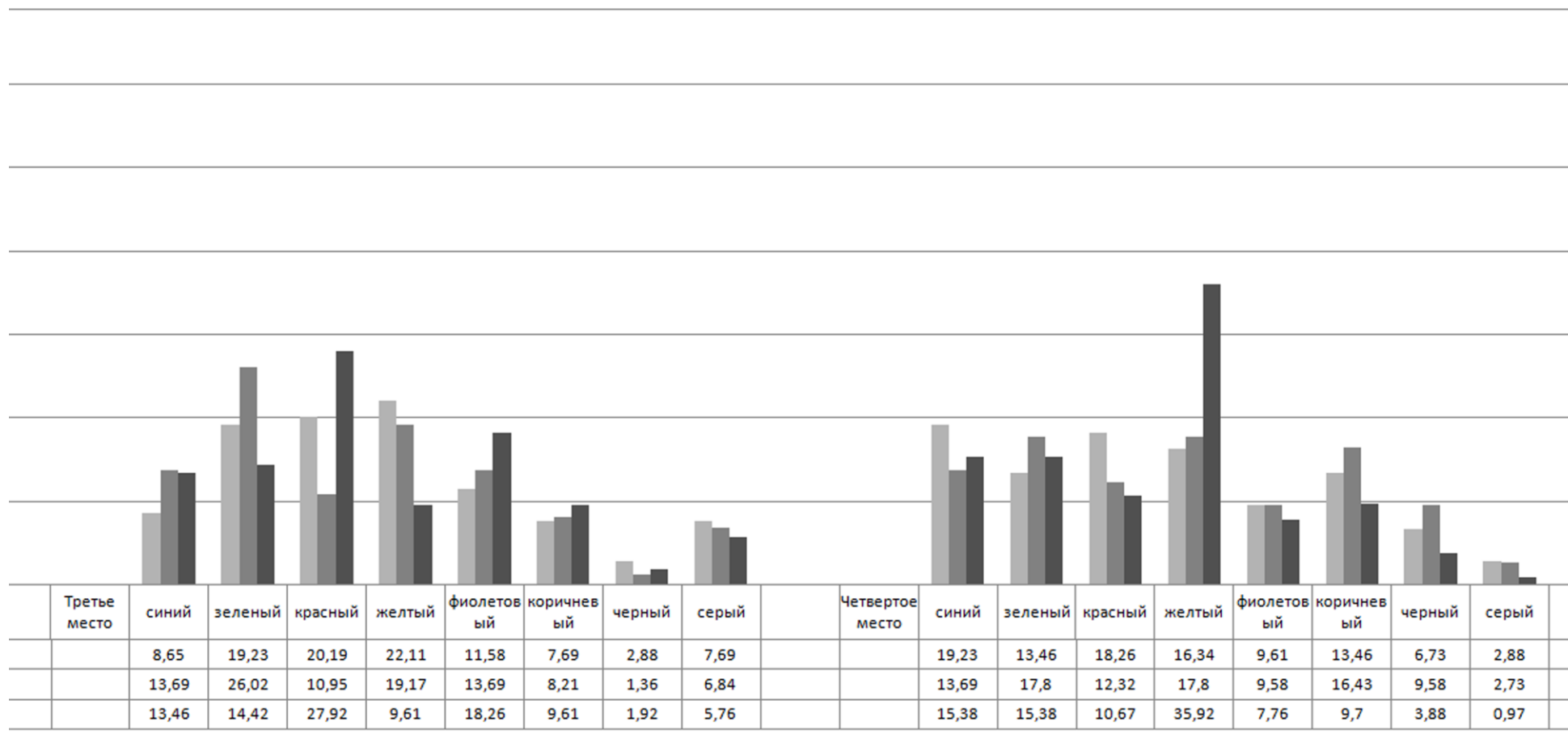
**Приложение 8. Методики, используемые при диагностике
психологических особенностей ожоговой болезни**

| Название методики | Где можно использовать |
|---|--|
| Шкала влияния событий (IES) | Диагностика ПТСР |
| Опросник PCL-C | Скрининг ПТСР Показатели опросника PCL-C от 50 баллов или выше, имеют чувствительность 90% и специфичность 79% для диагностики ПТСР |
| The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition | Диагностика ПТСР |
| the Beck Depression Inventory-II | Диагностика депрессии |
| Checklist score initially | Диагностика ПТСР |
| PTSD checklist military and civilian versions | Диагностика ПТСР Версии для военнослужащих и гражданских лиц |
| Injury Severity Scores and TBSA | Оценка тяжести травмы |
| the Impact of Event Scale-Revised | Диагностика ПТСР |
| Опросник the Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire | Диагностика острого стресса |
| The Davidson Trauma Scale | Оценка симптомов ПТСР |
| Short Form-36 Health Survey | Оценка общего и психического здоровья |
| Структурированное клиническое интервью Swedish version of the Impact of Event Scale-Revised | В том числе оценка предвзятости внимания |
| The Emotional Stroop Task | В том числе оценка предвзятости внимания |
| the Composite International Diagnostic Interview | Оценка текущего ПТСР на предмет соответствия критериям DSM-IV |
| the Structured Clinical Interview for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition for psychiatric disorders | Структурированное клиническое интервью |
| the Burn Specific Health Scale (BSHS) | Специфическая ожоговая шкала здоровья |
| NEO-Personality Inventory (NEO-PI), the Structured Clinical Interview for DSM III-R (SCID) | Личностный опросник |
| Michigan Critical Events Perception Scale (peritraumatic dissociation and subjective threat to life) | ПТСР |
| the Life Experience Survey (stressful exposure history) | Исследование жизненного опыта (история стрессовых воздействий) |
| шкала последствий событий (Horowitz et al., 1987), опросник депрессии (Beck et al., 1987), опросник личностной и реактивной тревоги (Spielberger et al., 1986), глоссарий механизмов психологической защиты (Vallant et al., 1987). | ПТСР |

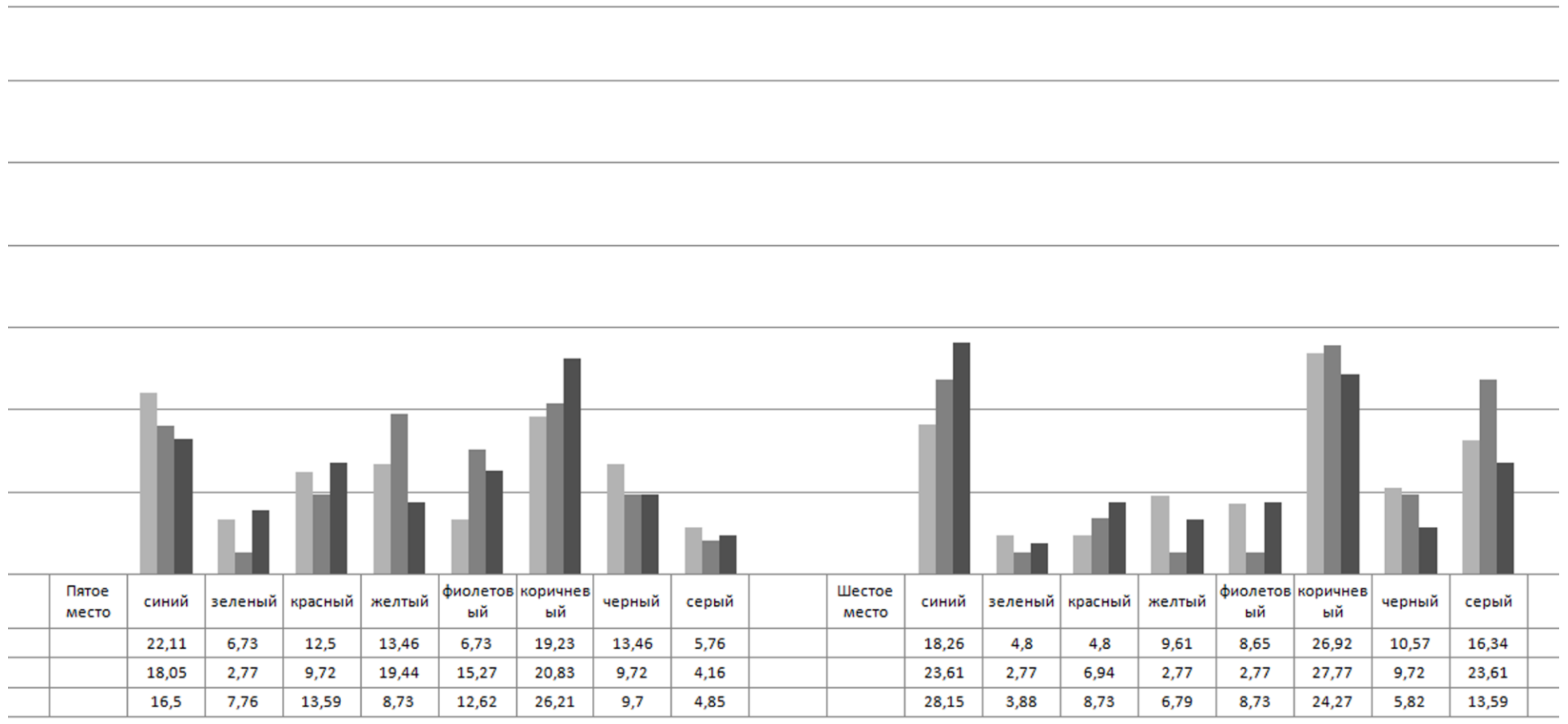
Приложение 9. Частотное распределение выбора обожженными цветов по тесту Люшера



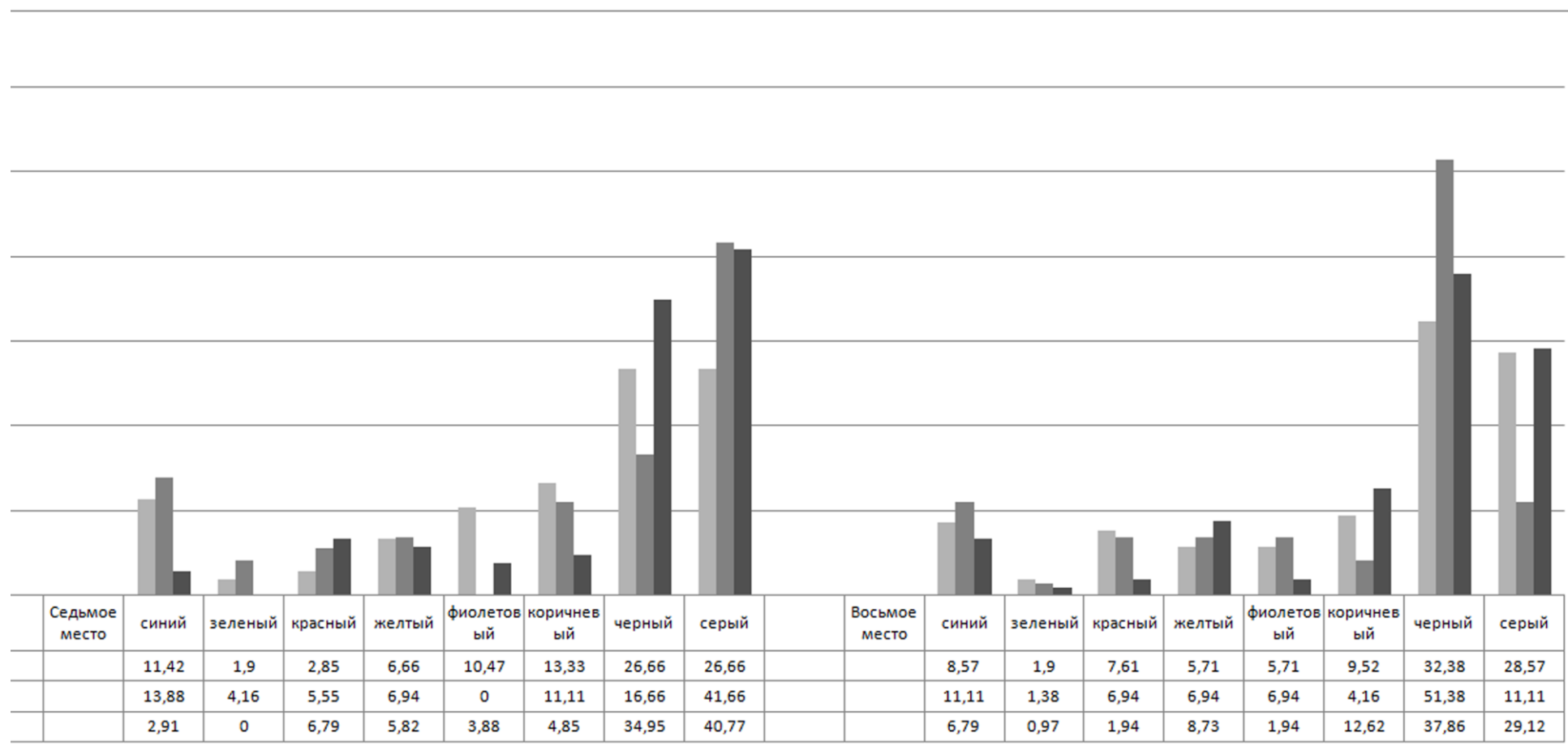
173



174



175



ОГЛАВЛЕНИЕ

| | |
|---|----|
| Предисловие | 3 |
| 1. Личность и болезнь | 3 |
| 2. Актуальность проблемы ожогов | 6 |
| 3. Общая характеристика ожогов | 9 |
| 4. Предрасположенность к ожогам | 10 |
| 5. Психологические и психические реакции в момент ожога | 12 |
| 6. Классификация и течение ожоговой болезни | 13 |
| 6.1. Общая характеристика ожоговой болезни | 13 |
| 6.2. Периоды ожоговой болезни с психологической точки зрения | 13 |
| 7. Травматический стресс при ожоговой болезни | 15 |
| 7.1. Стресс. Определение стресса. Общая характеристика стресса. | 15 |
| 7.2. Острая реакция на стресс | 17 |
| 8. Психологические особенности травматического стресса при ожоговой болезни | 18 |
| 8.1. Методы исследования. Клинико-психологическая характеристика обожженных. | 19 |
| 8.2. Период шока | 22 |
| 8.2.1. Психопатология периода шока | 22 |
| 8.2.2. Психологические нарушения периода ожогового шока | 23 |
| 8.3. Период конца шока-начала токсемии | 24 |
| 8.3.1. Психологические особенности периода конца шока-начала периода токсемии | 24 |
| 8.3.2. Психоэмоциональное состояние обожженных в периоде конца шока – начала токсемии. | 26 |
| 8.3.3. Источники стресса в периоде конца шока - начала периода токсемии | 29 |
| 8.3.4. Компенсация в периоде конца шока-начала токсемии | 30 |
| 8.3.5. Интенсивность тревоги и компенсации в периоде шока – начала токсемии. | 30 |
| 8.4. Психозы при ожоговой болезни | 30 |
| 8.5. Период токсемии | 31 |
| 8.5.1. Психологические особенности периода токсемии | 33 |
| 8.5.2. Психоэмоциональное состояние обожженных в периоде токсемии | 34 |
| 8.5.3. Источники стресса в периоде токсемии | 38 |
| 8.5.4. Компенсация в периоде токсемии | 38 |
| 8.5.5. Интенсивность тревоги и компенсации в периоде токсемии | 39 |
| 8.6. Период реконвалесценции | 39 |
| 8.6.1. Психологические особенности периода реконвалесценции | 40 |
| 8.6.2. Психоэмоциональное состояние обожженных в периоде реконвалесценции | 43 |
| 8.6.3. Источники стресса в периоде реконвалесценции | 44 |
| 8.6.4. Компенсация в периоде реконвалесценции | 45 |
| 8.6.5. Интенсивность тревоги и компенсации в периоде реконвалесценции | 45 |
| 8.7. Сравнительный анализ изменения значений депрессии, уровня ситуативной (реактивной) тревожности на протяжении всего времени пребывания обожженного в клинике после получения травмы | 46 |
| 8.8. Ригидность отношений и эмоциональной сферы обожженных на разных этапах течения ожоговой болезни | 49 |
| 8.9. Влияние локализации поражения на депрессию и тревожность обожженных | 51 |
| 8.10. Влияние преморбидных особенностей личности на переживание ожоговой травмы | 61 |
| 8.11. Влияние перенесенных ранее несчастных случаев на переживание ожоговой болезни | 63 |
| 8.12. Проблема «психика-кожа». Специфическая ситуация социального развития у обожженных | 65 |
| 8.13. Теоретическая модель травматического стресса при ожоговой болезни | 66 |
| 8.14. Этапы травматического стресса при ожоговой болезни | 67 |
| 8.15. Источники стресса в разных периодах ожоговой болезни и их дальнейшая динамика | 72 |
| 8.16. Формирование личностных особенностей у обожженных | 74 |
| 8.17. Факторы, влияющие на динамику травматического стресса | 75 |
| 9. Отдаленный период ожогов | 77 |
| 10. Посттравматический стресс у ожоговых пациентов | 81 |
| 10.1. Определение посттравматического стресса | 81 |
| 10.2. Распространенность ПТСР при ожогах | 82 |

| | |
|--|------|
| 10.3. Предикторы развития ПТСР у пострадавших с ожогами | 82 |
| 10.4. Особенности клинических проявлений ПТСР у пострадавших с ожогами | 85 |
| 10.5. Психолого-социальные аспекты ПТСР..... | 89 |
| 10.6. Прогноз ПТСР..... | 91 |
| 10.6.1. Факторы, улучшающие прогноз ПТСР | 92 |
| 10.7. Причины ПТСР при ожогах..... | 92 |
| 10.8. Программы терапии и профилактики ПТСР у пострадавших с ожогами | 93 |
| 10.9. Сопутствующие исследования при изучении ПТСР при ожогах..... | 93 |
| 10.10. Парциальное ПТСР..... | 94 |
| 10.11. Предварительные выводы | 94 |
| 11. Эмоциональные проблемы у обожженных | 95 |
| 12. Психотравмирующие факторы ожоговой болезни | 98 |
| 13. Боль как феномен. Проблема боли при ожогах. Возможные пути изучения и коррекции боли при ожогах..... | 99 |
| 13.1. Современные представления о боли | 100 |
| 13.1.1. Определение боли | 100 |
| 13.1.2. Механизмы боли..... | 100 |
| 13.1.3. Компоненты боли..... | 101 |
| 13.1.4. Классификация боли..... | 102 |
| 13.1.5. Оценка боли в каждодневной практике и при проведении клинических исследований | 103 |
| 13.1.6. Влияние этиокультурных особенностей на восприятие и переживание боли..... | 106 |
| 13.1.7. Влияние гендерных особенностей на восприятие и переживание боли..... | 106 |
| 13.2. Проблема боли при ожогах. Возможные пути изучения и коррекции боли при ожогах..... | 107 |
| 13.2.1. Актуальность проблемы ожогов | 107 |
| 13.2.2. Проблема боли при ожогах. | 107 |
| 13.2.3. Механизмы боли при ожогах..... | 110 |
| 13.2.4. Основные научные модели для изучения боли при ожогах..... | 112 |
| 13.2.5. Лингвистический аспект..... | 112 |
| 13.2.6. Лечение боли (фармакология, хирургические методы) | 112 |
| 13.2.7. Дополнительная терапия боли | 113 |
| 13.3. Возможные направления исследования боли при ожогах | 113 |
| 14. Проблема духовности в соматической клинике..... | 116 |
| 15. Психологическая помощь при ожогах | 120 |
| 16. Психотерапия при ожоговой болезни | 127 |
| 17. Реабилитация, послеожоговая адаптация и профилактика обожженных | 132 |
| 18. Работа психолога в ожоговом центре | 138 |
| 19. Современное состояние вопроса..... | 141 |
| 20. Послесловие..... | 1412 |
| Приложение | 155 |

Лафи Светлана Григорьевна

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ
ОЖГОВОЙ ТРАВМЫ**

Монография

Подписано в печать 17.06.2014
Формат 60×84/8
Бумага офсетная
П.л. – 22,25
Способ печати – оперативный
Тираж 50

Издательско-полиграфический центр ОмГМА
644050, г. Омск, пр. Мира, 30, тел. 60-59-08