

ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ ПРИ ОЖГОВОЙ БОЛЕЗНИ

Александра Викторовна Ильмузина

*Самарский государственный медицинский университет, кафедра медицинской психологии
и психотерапии, 443099, г. Самара, ул. Чапаевская, д. 89, e-mail: ailmuzina@yandex.ru*

Реферат. Выявлены факторы, способствующие выздоровлению при ожоговой болезни — источнике стресса и возможной психической дезадаптации. На основании полученных данных сформирована программа психологического сопровождения пациентов с ожоговой болезнью с упором на техники когнитивно-поведенческого подхода.

Ключевые слова: ожоговая болезнь, психологическое сопровождение, когнитивно-поведенческая психотерапия.

FEATURES OF MENTAL ADAPTATION IN BURN DISEASE

Alexandra V. Ilmuzina

Samara State Medical University, Department of psychology
and psychotherapy, 443099, Samara, Chapaevskaya street, 89,
e-mail: ailmuzina@yandex.ru

The study revealed the factors contributing to the recovery at burn disease- a source of stress and possible psychotic disadaptation. On the basis of the data obtained a program of psychological support of patients with burn disease was formed. The main places take the techniques of cognitive-behavioral campaign.

Key words: burn disease, psychological support, cognitive-behavioral therapy.

Ожоговая травма — один из наиболее сильных источников стресса. Ожоги составляют 1,8-2% всех хирургических болезней, 5% всех травм. Оказание психологической помощи пациентам с ожоговой болезнью способствует повышению эффективности проводимого лечения, стабилизирует эмоциональную сферу, актуализирует необходимые для реабилитации личностные ресурсы. Угроза жизни и здоровью, длительная госпитализация, выраженный болевой синдром, риск инвалидизации и получения физических уродств — все это может стать причиной психологической дезадаптации.

Целью исследования являлись определение особенностей психической адаптации пациентов в остром периоде ожоговой болезни и оценка эффективности психологической помощи на госпитальном этапе клинико-психологичес-

кого сопровождения. Использовались следующие методы исследования: клиническая беседа и наблюдение; метод рисуночной фрустрации С. Розенцвейга; интегративный тест тревожности; копинг-тест Р. Лазаруса.

Для количественного анализа данных были выбраны угловое преобразование Фишера, параметрический t-критерий Стьюдента и коэффициент ранговой корреляции rs Спирмена. Статистические подсчеты выполнялись в программах Statistica 10.0 и MS Excel (из состава офисного пакета Microsoft Office версии XP Home Edition).

Исследование проводилось на базе ожогового центра Городской клинической больницы №1 им. Н.И. Пирогова (г. Самара). Выборку на данном этапе работы составляли 50 человек (25 женщин и 25 мужчин) в возрасте от 22 до 35 лет с ожоговой болезнью II-III степени.

Анализ полученных результатов подразумевал поиск особенностей психического реагирования пациентов с ожоговой болезнью II-III степени. Оценка состояния эмоционального уровня показала высокий уровень ситуативной тревожности, имеющий достоверные различия с личностной тревожностью пациентов. Было выяснено, что экспериментальная выборка имеет различные психологические показатели тревожности (табл. 1), эмоционального реагирования на фрустрацию (табл. 2) и совладающего со стрессом поведения (табл. 3). Это дает основание предположить, что термическая травма определяет появление в социальном функционировании неадаптивных паттернов поведения и активизирует определенные стили стресс-совладающего поведения.

Согласно теоретическим концепциям современного подхода в профилактике посттравматического стрессового расстройства, социальной дезадаптации у больных с ожоговой травмой, необходимо как можно быстрее провести раннюю психологическую реабилитацию [6, 7]. С целью повышения адаптационного потенциала

пациентов с ожоговой болезнью была создана программа психологической помощи, направленная на диагностику факторов, участвующих в адаптации при ожоговой болезни; на ослабление болевого синдрома, снижение уровня тревожности и стабилизацию эмоционального фона, формирование адекватного отношения в болезни, обучение стратегиям совладания со стрессом и социальную поддержку.

тelleствует о внутриличностной психической адаптации этих пациентов.

Эмоциональное реагирование на фрустрацию отличается от стандарта (табл. 2, рис. 1). У пациентов в начале лечения повышен удельный вес эго-защитных реакций ($E-D > N-P > O-D$), т.е. в ситуации фрустрации отмечается склонность к эго-защитным реакциям в форме агрессии,

Таблица 1

Структура тревоги у пациентов с ожоговой болезнью

Компоненты тревожности		Обследование при поступлении	Обследование при выписке	Mann–Whitney U	$p \leq 0,05$
1		2	3	4	5
Общая тревожность (ситуативная)		7,48*	3,64	33,00	0,000
Дополнительные шкалы «ситуативной» тревожности	Эмоциональный дискомфорт	8*	2,72	14,50	0,000
	Тревожная оценка перспективы	7,2*	4,56	113,50	0,000
	Фобический компонент	5,56*	3,6	151,50	0,001
	Астенический компонент	6,84	4,24	105,00	0,000
	Социальные реакции защиты	4,16	4,12	310,50	0,969
Общая тревожность (личностная)		4,44	5,44	205,50	0,033
Дополнительные шкалы «личностной» тревожности	Эмоциональный дискомфорт	5,56	5,4	279,00	0,507
	Тревожная оценка перспективы	5,04	5,88	236,50	0,130
	Фобический компонент	3,8	4,76	221,00	0,060
	Астенический компонент	5,08	4,96	291,50	0,670
	Социальные реакции защиты	2,76	4,4	159,50	0,002

Примечание: $p \leq 0,05$.

В результате исследования были выявлены факторы, способствующие выздоровлению или, наоборот, затрудняющие лечебный процесс. У пациентов с ожоговой болезнью в остром периоде диагностируется высокий уровень «ситуативной» тревожности (табл. 1) в виде «эмоционального дискомфорта», «тревожной оценки перспективы» и «астенического компонента». Можно предположить, что ситуативная тревожность – это своеобразный эмоциональный предиктор эмоционального реагирования в болезни, влияющий на психическую адаптацию у больных данного контингента. Психологические параметры общей «личностной» тревожности находятся в пределах нормы реакции, что свиде-

направленной на окружающих и порицания партнёров по ситуации ($E > M > I$). У пациентов с ожоговой болезнью значительно повышен показатель «чистой агрессии» ($E - \underline{E}$), имеются высокие параметры суммарных самозащитных реакций ($\underline{E} + \underline{I}$), высокие значения «индекса направленности агрессии» ($\Sigma E / \Sigma I$), снижение «индекса трансформации агрессии» (E/e) – плохо управляемое поведение на стресс, организуемое только за счет направления агрессии во вне, показывающее неадаптивное поведение по сравнению со стандартом, «индекс решения проблем» (i/e) снижен, отмечаются достоверно высокая «внешняя агрессия» ($\Sigma E / \Sigma M$) и низкая групповая адаптация (GCR).

Таблица 2

Тип и направление эмоционального реагирования в ситуации фрустрации

Обследование при поступлении						
Параметры	OD	ED	NP	Σ	%	N (%)
E	0,64	6,76	2,64	10,04	46,832	46-52
I	0,6	3,04	2,52	6,16	25,656	25-27
M	3,64	3,24	0,92	7,8	32,5	23-26
Σ	4,88	13,04	6,08			
%	20,332	54,332	25,34			
N (%)	32-34	35-39	27-30			
	Тип реакции: E-D > N-P > O-D			GCR 29,37%		
	Направление реакции: E > M > I					
	Ведущий тип реакции: E > M' > M					
Обследование при выписке						
Параметры	OD	ED	NP	Σ	%	N (%)
E	0,28	5,6*	2,2	8,08*	33,668	46-52
I	0,56	3,32	3,08	6,96	29	25-27
M	3,12	4,72*	1,12	8,96	37,332	23-26
Σ	3,96	13,64	6,4			
%	17,004	56,824	26,664			
N (%)	32-34	35-39	27-30			
	Тип реакции: E-D > N-P > O-D			GCR 37,25%*		
	Направление реакции: M > E > I					
	Ведущий тип реакции: E > M > I					

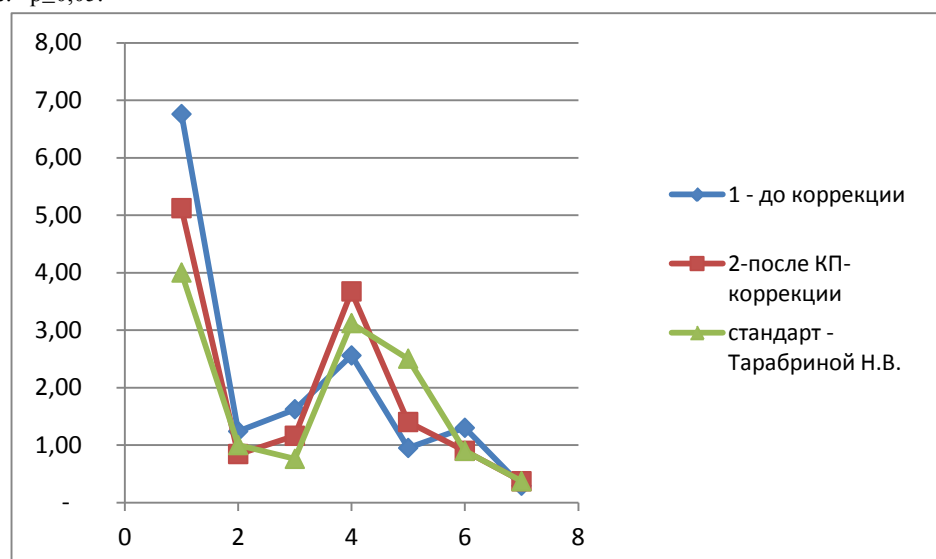
Примечание: * $p \leq 0,05$.

Рис. 1. Показатели эго-блокировых факторов эмоционального реагирования до и после коррекции: 1 – показатель «агрессии» («E-E»); 2 – показатель суммарных самозащитных реакций («E + I»); 3 – «индекс направленности агрессии» ($\Sigma E/I$); 4 – «индекс трансформации агрессии» (E/e); 5 – «индекс решения проблем» (i/e); 6 – «внешняя агрессия» ($\Sigma E/\Sigma M$); 7 – GCR.

У пациентов с ожоговой болезнью выявлено различное стресс-совладающее поведение с преобладанием дезадаптивных копинг-стратегий: «дистанцирование», проявляющее себя в виде отдаления от ситуации, уменьшения её значимости и игнорирования.

При создании программы психологической коррекции за основу была взята когнитивно-поведенческая психологическая (КПП) коррекция [1–5]. Основным этапом КПП коррекции проводился в госпитальных условиях один час, 3 занятия в неделю, в целом 10 занятий. Поведение и эмоции

Таблица 3

Стратегии совладания со стрессом у пациентов с ожоговой болезнью

Копинг-механизмы	Обследование при поступлении	Обследование при выписке	Mann–Whitney U	p≤0,05
Конфронтативный	38,21	38,89	292, 00	0, 688
Дистанцирование	73,78	43,78	86, 50	0, 000
Самоконтроль	50,47	65,15	203, 50	0, 034
Поиск социальной поддержки	50,45	55,33	267, 50	0, 379
Принятие ответственности	53,33	53,01	304, 00	0, 868
Бегство – избегание	48,35	40,66	213, 50	0, 054
Планирование	49,33	60,66	221, 00	0, 075
Положительная переоценка	44,19	36,38	240, 00	0, 158

при ожоговой болезни обусловлены не столько внешним воздействием, сколько в дальнейшем их когнитивной интерпретацией и поведением, которое может быть следствием дезадаптивных и дисфункциональных автоматических мыслей, установок и других показателей. Были выделены следующие иррациональные установки, приводящие к эмоциональным нарушениям: произвольные умозаключения, избирательное невнимание; чрезмерные обобщения, преувеличения или преуменьшения; неспособность взглянуть на себя со стороны (пациент требует от себя невозможного); дихотомическое мышление в виде «черно-белых» суждений (все или ничего, хорошо или плохо); высокое долженствование.

Выявление и коррекция у пациента противоречивых бездоказательных и непоследовательных суждений имеет важное значение для стабилизации эмоционального состояния и формирования адекватного отношения к своей болезни. На каждом этапе работ с пациентами особенности КПП-коррекции были следующими. На стадии ожогового шока основными факторами стресса являются внезапность, боль, страх, стыд. Ожоговая травма повышает у пациента потребность в безопасности. Для облегчения его состояния мы использовали техники «насыщения информацией» и «когнитивного структурирования». Для избавления от навязчивых воспоминаний об обстоятельствах ожога использовался прием «вентиляции эмоций».

На стадии токсемии пациент испытывает оторванность от привычного социального окружения, недостаток эмоциональной поддержки, страдает от тревожных мыслей о своем будущем, переживает изменения, связанные со своим внешним обликом. Особое место в структуре пере-

живаний пациента занимает болевой синдром, выраженность которого связана с высоким эмоциональным напряжением, что может привести к развитию тревожных, депрессивных или дисфорических реакций (гнев, раздражение).

Для облегчения эмоционального состояния использовались приемы: техника «вентиляции эмоций», методика «инверсии возможностей», прием «когнитивной переработки» и «структурирования», десенсибилизация. Психологическая работа с болевым синдромом проходила в несколько этапов: информирование пациента о взаимовлиянии болевого синдрома и эмоционального состояния; переоценка значимости болевых симптомов. Все пациенты обучались методам психосаморегуляции с использованием музыкотерапии (аутогенная тренировка), дыхательным и когнитивным техникам работы с болью посредством ее созерцания, ощущения, мысленного раскладывания на компоненты, смещения фокуса на здоровые участки тела, трансформации ощущения боли в детальный визуальный образ с последующей редукцией.

У пациентов с ожоговой болезнью происходила коррекция поведения путем переключения внимания на эмоционально-положительные стимулы, с активизацией деятельности доставляющей удовольствие. На стадии реконвалесценции пациент проявлял обеспокоенность своим будущим, возможными проблемами в профессиональной и межличностной сфере. На данном этапе проводилась работа с чувством беспомощности и безнадежности, подготовка больного к новой социальной ситуации жизни после лечения ожога и принятие себя. Проводилось исправление когнитивных ошибок, имеющихся у больного, использовались приемы разъяснения –

логический, эмпирический и прагматический диспут, сократовский диалог, а также техники «насыщения информацией», «отдаление», эмпирическая проверка, методика переоценки, «декастрофизация», использование воображения, переоценка ценностей, техника «мобилизация надежды».

По результатам КПП коррекции было выявлено, что уровень «ситуативной» тревожности достоверно снизился практически по всем показателям: достоверное повышение общей «личностной» тревожности с низкого до нормального уровня произошло в основном за счет показателя «социальных реакций защиты», что свидетельствует в пользу повышения психической адаптации больных данного контингента.

Согласно представленным результатам, КПП-коррекция улучшает психическую адаптацию пациентов. Так, значение эго-защитных реакций ($E-D > N-P > O-D$) трансформировалось за счёт увеличения реакций импунитивной направленности ($M > E > I$), т.е. в ситуации фрустрации повысилась склонность к эго-защитным реакциям в форме оправдания (снятие вины с партнёров по ситуации). На втором месте стоят реакции с фиксацией на разрешении ситуации ($N-P$) за счёт принятия на себя ответственности за удовлетворение ситуативно возникающей потребности или решение проблемы. Наблюдаются также достоверное снижение экстрапунитивных реакций и повышение показателя импунитивных, безобвинительных реакций, достоверно снижаются индексы агрессивного реагирования и возрастает групповая адаптация (GCR).

Сравнительный анализ результатов стрессовлающего поведения показал, что в результате КПП-коррекции достоверно увеличилась частота использования копинга «самоконтроль» и снизилась вероятность использования копингов «дистанцирование» и «избегание».

Таким образом, в процессе КПП-коррекции повышалась психическая адаптация пациентов с ожоговой болезнью, снижалась тревожность и стабилизировалось эмоциональное состояние, формировались адаптивные копинг-стратегии, которые могли использоваться как психический ресурс на этапе выздоровления.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г. Когнитивная терапия депрессии. СПб: Питер, 2003. 304 с.
2. Бурно А.М. Методика инверсии возможностей. Пособие для врачей. М.: РУДН, 2011. 68 с.
3. Качалов П.В. Когнитивная и поведенческая терапия невротических нарушений у больных ожоговой болезнью. В кн.: Клинические и биологические проблемы общей и судебной психиатрии. М., 1988. С. 102–107.
4. Ковпак Д.В. Как преодолеть боль. Практическое руководство психотерапевта. СПб: Наука и техника, 2008. 256 с.
5. Ковшова О.С. Психосоматическая модель здоровья и болезни // Аспирантский Вестник Поволжья. №11. 2014. С. 140–141.
6. Обухова Е.В., Самсонова А.В., Асадулина Ф.Р. Особенности течения ожогового шока и ожоговой болезни у жертв террористического акта в городе Астрахани // Актуальные проблемы термической травмы: Материалы междунар. конф., посвящ. 70-летию НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе и 55-летию ожог. Центра. СПб., 2002. С. 195–195.
7. Полянина Д.А., Епифанова Н.М., Смирнов С.В. Особенности психотерапии при ожоговой болезни // Душевное здоровье человека – духовное здоровье нации: Материалы V Всероссийской научно-практической конференции по психотерапии и клинической психологии. М.: изд-во Института психотерапии, 2002. С. 87–89.

REFERENCES

1. Bek A., Rash A., Sho B., Emeri G. *Kognitivnaya terapiya depressii*. St.Petersburg: Piter, 2003. 304 p. (in Russian)
2. Burno A.M. *Metodika inversii vozmozhnostei. Posobie dlya vrachei*. Moscow: RUDN, 2011. 68 p. (in Russian)
3. Kachalov P.V. In: *Klinicheskie i biologicheskie problemy obshchei i sudebnoi psikiatrii*. Moscow, 1988. pp. 102–107. (in Russian)
4. Kovpak D.V. *Kak preodolet' bol'. Prakticheskoe rukovodstvo psikhoterapevta*. St.Petersburg: Nauka i tekhnika, 2008. 256 p. (in Russian)
5. Kovshova O.S. *Aspirantskii Vestnik Povolzh'ya*. №11. 2014. pp. 140–141. (in Russian)
6. Obukhova E.V., Samsonova A.V., Asadulina F.R. In: *Osobennosti techeniya ozhogovogo shoka i ozhogovoi bolezni u zhertv terroristicheskogo akta v gorode Astrakhani: Aktual'nye problemy termicheskoi travmy. Proceedings of the International Conference*. St.Petersburg, 2002. p. 195. (in Russian)
7. Polyagina D.A., Epifanova N.M., Smirnov S.B. In: *Dushevnoe zdorov'e cheloveka – dukhovnoe zdorov'e natsii: Proceedings of the V All-Russian scientific-practical conference on psychotherapy and clinical psychology*. Moscow: izd-vo Instituta psikhoterapii, 2002. pp. 87–89. (in Russian)

Поступила 25.06.15.