

(МУН) А.А. Реана. Для определения уровня депрессивных расстройств использовалась шкала Гамильтона. Исследования проводились на 3-5 день лечения, в состоянии отмены. В завершения курса лечения на 20-21 день и на этапе амбулаторного лечения на 40-45 день. Статистическая обработка проводилась в программе STATISTICA V.12.5.

**Результаты исследования и их обсуждение.** В начале курса лечения, в состоянии отмены, у всех пациентов отмечалось наличие депрессивных расстройств различной степени тяжести, у 35 пациентов (93%) расстройства соответствовали умеренному депрессивному эпизоду, у 3-х (7%) – легкому депрессивному эпизоду. У 15 пациентов (40%) выявлен позитивный тип мотивации, у 10 (26%) – смешанный тип мотивации, а у 13 (34%) – негативный тип мотивации. В конце стационарного курса лечения у 12 пациентов (32%) отсутствовала депрессивная симптоматика, у 24 пациентов (63%) был выявлен легкий депрессивный эпизод, и у 2-х (5%) – отмечались депрессивные расстройства, соответствующие умеренному депрессивному эпизоду. Смешанный тип мотивации имели 22 пациента (58%) и высказывали желание пройти курс социальной адаптации, 10 пациентов (26%) имели позитивный тип мотивации и 6 (16%) – показали негативный тип мотивации, не имея желаний продолжать курс социализации. На амбулаторном этапе исследование проводилось 32 пациентам, 6 человек не явились на контрольное исследование. По результатам получены следующие данные: у 22 пациентов (68%) депрессивная симптоматика отсутствовала, у остальных 10 пациентов (32%) симптоматика соответствовала легкому депрессивному эпизоду. В отношении определения типа мотивации имеем следующую картину: 24 пациента (75%) имели позитивный тип мотивации, 5 (16%) – смешанный тип мотивации и 3 (9%) – негативный тип мотивации. Следует отметить, что на всех этапах обследования у лиц с негативным типом мотивации депрессивная симптоматика была выражена сильнее. Лица, имеющие позитивный тип мотивации, как правило, имели симптоматику, соответствующую легкому депрессивному эпизоду, и она редуцировалась быстрее.

**Выводы.** По результатам проведенного исследования можно сказать, что имеется корреляция между выраженностью депрессивной симптоматики и типом мотивации. Соответственно, для успешной реализации лечебно-реабилитационных мероприятий важна как медикаментозная, так и психотерапевтическая и психокоррекционная работа, направленная на повышение позитивной мотивации к успеху, что в дальнейшем приведет к формированию стойкой и полноценной ремиссии.

Вильдгрубе С.А., Фирсова Г.М.

## **ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ У ЛИЦ С ОЖГОВОЙ ТРАВМОЙ, НАХОДЯЩИХСЯ В УСЛОВИЯХ ПРЕОДОЛЕНИЯ СОЦИАЛЬНОГО СТРЕССА**

*Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк, ДНР*

**Актуальность.** Ожоговые повреждения являются достаточно распространенными видами травм. Пациенты с поражениями такого типа длительное время находятся на стационарном лечении, проходят долгий путь реабилитации и восстановления. Многие исследователи указывают, что спецификой ожоговой травмы является ее пролонгированное действие не только на физическое здоровье и функционирование человека, но и на психологическое благополучие пациента. Сильные ожоги даже через десятилетия напоминают о себе шрамами и увечьями, что оказывает на пострадавших ретравматизирующий эффект. Такие пациенты находятся в условиях преодоления социального стресса - угроза жизни и здоровью, длительная госпитализация, выраженный болевой синдром, риск инвалидизации и получения физических уродств, посттравматическое стрессовое расстройство. У пациентов с ожоговой травмой серьезно снижается качество жизни. Оказание психологической помощи пациентам с ожоговой болезнью способствует повышению эффективности проводимого лечения, стабилизирует эмоциональную сферу, актуализирует необходимые для реабилитации личностные ресурсы. В современной психиатрии проблеме психической травмы и расстройств, вызванных ею, уделяется очень большое внимание. Это связано как в целом с ростом «массовых» психотравмирующих событий, так и с все большим объемом научных исследований,

указывающие на важную роль психотравмирующих событий в происхождении психиатрических расстройств, в частности посттравматического стрессового. Когнитивно-поведенческая психотерапия в настоящее время представляет собой широко распространённый метод лечения психосоматических заболеваний и психопатологических расстройств. Наиболее эффективно применяется метод КПТ в лечении депрессий, нарушений пищевого поведения, личностных расстройств, фобий, посттравматических расстройств. Когнитивно-поведенческий психотерапевт помогает понять и изменить паттерны мышления, связанные с травмой и её последствиями.

**Цель исследования.** Изучить особенности применения КПТ у лиц с ожоговой травмой, находящихся в условиях преодоления социального стресса. Данное исследование проводилось в 2019-2020 гг. на базе отделения термических поражений и пластической хирургии Института неотложной и восстановительной хирургии им. Гусака (г. Донецк).

**Материал и методы исследования.** Выборку исследования составили 46 человек, из них 18 женщин и 28 мужчин в возрасте 16-58 лет. Все они являлись пациентами отделения термических поражений и пластической хирургии Института неотложной и восстановительной хирургии им. Гусака (г. Донецк) с диагнозом ожоговые термические поражения разной степени тяжести, комбинированные травмы (ожоги в сочетании с электротравмой, ожоги в сочетании с переломами). Испытуемые были разделены на группы в зависимости от тяжести физических поражений, субъективного состояния, психологических последствий. Психологическое исследование у всех испытуемых проводилось на четвертом этапе течения ожоговой болезни (стадия реконвалесценции), когда физическое состояние пострадавших позволяет им взаимодействовать с психологом и проявляются основные психологические последствия травм. Для 73,9% испытуемых это были первичные травмы, а для 26,1% – повторные травмы (связанные с профессиональной деятельностью).

В данной работе были использованы следующие методы: теоретический анализ, обобщение и систематизация научных знаний. Эмпирические методы: анкетирование, клиническая беседа и наблюдение; методика SF-36 «Краткая форма оценки здоровья»; методика исследования базисных убеждений личности Р. Янофф-Бульман в адаптации М.А. Падун, А.В. Котельниковой; опросник VIQLI «Влияние образа тела на качество жизни» Т. Кэша в адаптации Л.Т. Баранской, А.Е. Ткаченко, С.С. Татауровой; шкала оценки уровня удовлетворенности собственным телом О.А. Скугаревского; Миссисипская шкала для оценки ПТСР (гражданский вариант) в адаптации Н.В. Тарабриной; метод рисуночной фрустрации С. Розенцвейга; интегративный тест тревожности; копинг-тест Р. Лазаруса. Статистические методы обработки данных (корреляционный анализ, U критерий Манна-Уитни,  $\chi^2$  Пирсона), угловое преобразование Фишера, параметрический t-критерий Стьюдента и коэффициент ранговой корреляции rs Спирмена. Статистический анализ проведен по программе Statistica 10.0 и MS Excel (из состава офисного пакета Microsoft Office версии XP Home Edition).

**Результаты исследования и их обсуждение.** Психологическая работа с болевым синдромом основывалась на техниках когнитивно-поведенческой психотерапии и проходила в несколько этапов: информирование пациента о взаимовлиянии болевого синдрома и эмоционального состояния, о взаимосвязи с физической нагрузкой; коррекция и переоценка значимости болевых симптомов; регуляция эмоционального дистресса и работа с доминирующими эмоциональными состояниями (депрессия, тревога, злость и т.д.); генерирование ресурсных эмоциональных состояний, коррекция поведения путем переключения внимания на эмоционально-положительные стимулы, с активизацией деятельности, доставляющей удовольствие; обучение техникам майндфулнесс; работа над качеством жизни-ценности, цели, поведенческая активация. Для облегчения состояния пациента использовались техники «оживление травматических воспоминаний и имажинативная рескрипция», «когнитивного структурирования», прием «вентиляция эмоций». Большое внимание уделялось созданию рабочего альянса между пациентом, его родственниками, медицинским персоналом и психологом. Для улучшения эмоционального состояния использовались приемы: методика «инверсии возможностей», прием «когнитивной переработки» и «переструктурирования», десенсибилизация, при необходимости - признание, оплакивание, отпускание утраты и её принятие.

**Выводы.** В процессе КПТ снизилась выраженность восприятия ПТСР, симптомы ПТСР не достигают границы клинического нарушения, имеют транзиторную форму проявления (симптомы неустойчивые, меняются или проходят), что свидетельствует о благоприятном прогнозе без