

МОДИФИЦИРОВАННЫЙ МЕТОД ДЕСЕНСИБИЛИЗАЦИИ И ПЕРЕРАБОТКИ ДВИЖЕНИЯМИ ГЛАЗ В ПСИХОТЕРАПИИ ПОСТРАДАВШИХ В ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ

Д.А. Верещагина, Д.В. Гапенко

НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского ДЗ г. Москвы, Москва, Россия

MODIFICATION OF EYE MOVEMENT DESENSITIZATION AND REPROCESSING IN THE PSYCHOTHERAPY OF THE PATIENTS AFTER ROAD ACCIDENTS

D.A. Vereshchagina, D.V. Gapeenko

Sklifosovsky Research Institute for Emergency Medicine Health Department of Moscow, Moscow, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ

У пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях (ДТП) нередко имеют место симптомы посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), для купирования которых необходимо психотерапевтическое воздействие. Целью исследования стала оценка эффективности применения модифицированного метода десенсибилизации и переработки движениями глаз (МДПДГ) у больных после ДТП с симптомами ПТСР.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

МДПДГ применяли у 73 больных с симптомами ПТСР. Оценку эффективности его применения проводили на основании результатов разработанного нами теста экспресс-диагностики выраженности ПТСР.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В ходе применения МДПДГ у пациентов была достигнута клиническая редукция симптомов ПТСР. По данным тестирования произошло достоверное снижение выраженности проявлений ПТСР ($p < 0,001$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

МДПДГ относится к эффективным методам психотерапии пострадавших с симптомами ПТСР, развивающимися после ДТП.

Ключевые слова:

посттравматическое стрессовое расстройство, модифицированный метод десенсибилизации и переработки движениями глаз.

ABSTRACT

The patients after road accidents often develop the symptoms of posttraumatic stress disorder (PTSD), requiring the psychotherapeutic treatment. The aim of the study was to estimate the efficiency of modification of eye movement desensitization and reprocessing (MEMDR) on the patients after road accidents with PTSD symptoms.

MATERIAL AND METHODS

MEMDR was performed on 73 patients with the symptoms of PTSD. Estimation of the effectiveness of MEMDR was realized by means of our express-test of PTSD expressiveness.

RESULTS

after performed MEMDR the patients showed clinical reduction of PTSD symptoms. Also results of the testing showed the reliable diminution of expressiveness of PTSD symptoms ($p < 0,001$).

CONCLUSION

MEMDR is effective method in psychotherapy of patients after road accidents.

Keywords:

posttraumatic stress disorder, modification of eye movement desensitization and reprocessing.

ДПДГ — метод десенсибилизации и переработка движениями глаз

ДТП — дорожно-транспортное происшествие

ЛЗК — лобно-затылочная коррекция

МДПДГ — модифицированный метод десенсибилизации и переработки движениями глаз

ПТ — психотерапия

ПТСР — посттравматическое стрессовое расстройство

ЧМТ — черепно-мозговая травма

ЧС — чрезвычайная ситуация

АКТУАЛЬНОСТЬ

Дорожно-транспортные происшествия (ДТП) давно занимают первое место в списке причин гибели людей во всем мире и по силе своего непосредственного травматического воздействия и долгосрочных последствий травмы квалифицируются как разновидность антропогенных чрезвычайных ситуаций (ЧС) [1]. Всемирная организация здравоохранения заявляет, что травматичность и смертность на дорогах на данный момент имеет характер глобальной эпидемии. По

данным ГИБДД, по России в последние годы происходит порядка 200 000 ДТП, в которых погибает 25 000 человек и получают ранения 250 000.

У пострадавших в ДТП нередко развиваются психические расстройства, которые в значительной степени оказывают влияние на дальнейшую адаптацию, усугубляя физические страдания в результате полученных травм и переживание процесса стационарного лечения [1–3]. По данным Ю.В. Попова, В.Д. Вид (1997),

Н.В. Тарабриной (2001), у перенесших тяжелый стресс в 10–95% наблюдаются симптомы посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) [4, 5]. А.А. Burstein (1989), N.E. Breslau et al. (1991), R. Mayou et al. (1993), E.B. Blanchard et al. (1998) сообщают, что ПТСР развивается в результате как больших, так и малых ДТП, становясь причиной нетрудоспособности [6–9]. По данным тех же авторов, психологическое обследование этой категории пострадавших затруднено, поскольку они избегают встреч с врачами и разговоров об аварии, не имеют желания обсуждать обстоятельства происшедшего даже в тех случаях, когда испытывают выраженный психический дискомфорт. R.J. Ursano et al. (1999) отмечают, что у пострадавших возникает страх управления транспортным средством, они не могут переходить улицу в местах нерегулируемого транспортного потока и нередко испытывают дискомфорт, находясь в транспортном средстве в качестве пассажиров [10].

Из всего вышесказанного очевидна необходимость выявления и купирования симптомов ПТСР на госпитальном этапе с целью предотвращения стойкого развития этого расстройства, причиняющего пациентам большие душевные страдания и существенно понижающего качество жизни и уровень социальной адаптации.

В нашей практике пострадавшие после ДТП составляют в среднем одну четверть всего контингента больных, нуждающихся в психотерапии (ПТ). Из них около 40% — пациенты с симптомами становления ПТСР. Этими обстоятельствами была продиктована необходимость поиска эффективного метода психотерапевтической работы с названной патологией.

В настоящее время в число методик, наиболее широко и успешно применяемых психотерапевтами всего мира при работе с пострадавшими в кризисных ситуациях, вошел метод десенсибилизации и переработки движениями глаз (ДПДГ), разработанный физиологом Ф. Шапиро в 1987 г. [11–13]. Суть метода состоит в активизации ускоренной переработки и нейтрализации любой негативной информации, заблокированной в нейронных сетях мозга. Движения глаз, используемые в ходе процедуры ДПДГ, запускают процессы, аналогичные происходящим во сне, в фазе быстрого движения глаз. Фактически предлагаемая техника напрямую на нейрофизиологическом уровне воздействует на патологические процессы формирования симптомов ПТСР, обеспечивая быстрый доступ к изолированно хранящемуся травматическому материалу, который подвергается ускоренной переработке [12, 13].

Цель нашего исследования: оценка эффективности применения у пострадавших в ДТП модифицированного метода десенсибилизации и переработки движениями глаз (МДПДГ), представляющего собой адаптацию ДПДГ к особенностям и потребностям больных, находящихся на стационарном лечении в связи с полученными травмами и имеющих симптомы становления ПТСР.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В исследование были включены 73 больных (32 мужчин и 41 женщина) в возрасте от 15 до 69 лет ($M \pm m = 40,7 \pm 12,6$), поступивших после ДТП в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского. Из них 39 человек (53,4%) — пострадавшие с сочетанной травмой, 25 (34,3%) — с повреждениями опорно-двигательного аппарата, 9

(12,3%) — с ожоговой травмой. 38,4% пострадавших (22 мужчины и 6 женщин) в момент получения травмы находились за рулем транспортного средства, 52% (10 мужчин и 28 женщин) были пассажирами, 9,6% (7 женщин) пострадали в результате наезда на них транспортного средства. У всех пострадавших при первичном психотерапевтическом осмотре были выявлены симптомы ПТСР на основании метода клинического наблюдения и разработанного нами теста экспресс-диагностики ПТСР. Результаты статистической обработки представлены в баллах (таблица).

В группу исследования не были включены пациенты, у которых на момент первичного осмотра наблюдали полную амнезию момента ДТП в связи с черепно-мозговой травмой (ЧМТ), пострадавшие с эндогенной психопатологией, умственной отсталостью, а также больные, отрицающие необходимость ПТ, невзирая на наличие душевного дискомфорта. В группу также не вошли больные, которые, по данным анамнеза, уже до ситуации ДТП имели стойкие проявления ПТСР, развернувшегося в результате единичного события или ряда психотравматических инцидентов. С последними проводили более длительную психотерапевтическую работу, требовавшую мультимодального подхода.

При составлении вопросов экспресс-диагностики мы опирались на несомненные симптомы ПТСР: стойкие, непроизвольные и чрезвычайно живые воспоминания (*flash-backs*) психотравмирующего события, находящие свое отражение во снах (проявления интрузии); стремление избежать мыслей, ощущений, разговоров, связанных с травмой; уклонение от ситуаций, напоминающих стрессовую или связанных с ней (проявления избегания) [4, 14]. Такие признаки ПТСР, как частичная или полная амнезия перенесенного стресса, диссомнические расстройства, раздражительность, снижение сосредоточения, учитывались при клинической оценке динамики состояния больных, однако не были включены в вопросы тестирования по той причине, что во многих случаях были в большей степени симптомами, связанными с полученной травмой, а также проявлениями психоэмоционального реагирования на свое физическое состояние и на ситуацию пребывания в стационаре. В частности, не всегда представлялось возможным дифференцировать амнезию как проявление ПТСР от травматической амнезии при ЧМТ, а раздражительность, нарушение концентрации внимания, расстройства сна могли развиваться в связи с выраженными болевым и астеническим синдромами. Такое проявление интрузии, как усиление воспоминаний о травме при попадании в ситуацию, напоминающую стрессовую или связанную с ней, не было включено в опросник по причине малой вероятности попадания в такие ситуации в период нахождения в стационаре.

Тест включал в себя 5 проявлений ПТСР, которые необходимо оценить по частоте или степени выраженности:

1. Я вспоминаю ситуацию получения травмы.
2. Мне снятся сны с сюжетом ситуации травмы.
3. Я стремлюсь избежать воспоминаний, разговоров о ситуации травмы.

Шкала оценки: никогда (0 баллов), редко (1 балл), часто (2 балла), почти всегда (3 балла).

4. Я испытываю неприятные эмоции и (или) телесные ощущения при воспоминании о моменте травмы.

5. Я испытываю неприятные эмоции и (или) телесные ощущения при мыслях, представлениях о том,

что снова буду ездить за рулем (буду пассажиром в машине или буду переходить проезжую часть в зависимости от обстоятельства получения травмы).

Шкала оценки: не испытываю (0 баллов), немного (1 балл), выраженно (2 балла), очень сильно (3 балла).

МДПДГ применили на 4–28-е сут со дня ДТП ($M \pm m = 8,3 \pm 4,1$), в 91,8% случаев (67 больных) — на первой сессии, в 8,2% (6 больных) — на второй. Продолжительность сессий варьировала от 10 до 30 мин. При оценке данных психодиагностического исследования сравнивали результаты тестирования, полученные перед сессией МДПДГ и через 3–5 сут после применения метода.

Разработка применяемого к исследуемой группе больных метода МДПДГ начиналась в ходе ПТ пострадавших с ожоговой травмой [15–17]. Тяжелое соматическое состояние больных с ожогами, выраженный болевой синдром, частые перевязки, ожоговое повреждение глаз препятствовали применению метода по изначальной многоступенчатой схеме ДПДГ. Для пациентов представляло сложность длительное сосредоточение на психотерапевтическом процессе, движения глаз за ручкой психотерапевта были утомительны и болезненны. Данными обстоятельствами был обусловлен поиск более быстрой и требующей меньшего физического напряжения процедуры десенсибилизации психотравмирующих переживаний в сравнении с классическим ДПДГ. В последующем применение разработанной МДПДГ оказалось актуальным также и у пострадавших в ДТП, поскольку, с одной стороны, травмы, получаемые в ДТП (в том числе и ожоговые травмы), также сопровождаются болевым синдромом, выраженным зачастую не меньше, чем у общего контингента ожоговых больных; с другой стороны, при травмах легкой степени пребывание больных в стационаре непродолжительно, и поэтому необходим эффективный метод краткосрочной ПТ, позволяющий быстро купировать симптомы ПТСР.

В модифицированном варианте метод применяли без оценки по шкале субъективного беспокойства и без применения техники «Безопасное место». Движения глазами осуществлялись при закрытых глазах, что оказывалось для больных гораздо проще и менее утомительно по сравнению с классической процедурой ДПДГ. Также движения глаз чередовались со специально подобранной дыхательной техникой. На вдохе мы просили пациентов поворачивать голову с правого плеча на левое, представляя, как вместе с вдыхаемым воздухом возвращается жизненная сила, утраченная в ситуации получения травмы. На выдохе пациенты поворачивали голову в обратную сторону, освобождаясь от психотравмирующих переживаний. К такой модификации мы были вынуждены прибегнуть в связи с возникающими у многих больных сложностями совмещения проживания психотравмирующих событий с движениями глаз. К тому же ментальные формулы дыхания давали аутосуггестивный эффект. Повороты головы становились альтернативой движений глаз по аналогии с предусмотренными методикой ДПДГ способами попеременной активизации правого и левого полушария звуковыми раздражителями, поочередными прикосновениями к ладоням и т.п. В данном случае такими альтернативными стимулами, способствующими размыканию патологических ассоциативных связей нейронов и активизации ресурсной информации, были сигналы от проприорецепторов мышц, участвующих в поворотах головы. Выбор описанных движений в качестве альтернативных был

продиктован информацией из различных источников о том, что движения глаз относятся лишь к одной из форм билатеральной стимуляции и не являются неотъемлемой частью лечения, в то время как ритмичные движения головы облегчают доступ к подсознательному материалу, подлежащему десенсибилизации [12, 13, 18, 19].

Также модификация метода заключалась в совмещении движений глаз или дыхательной техники с модальностями телесно-ориентированной ПТ, психотерапевтической кинезиологии и гештальт-терапии. В ходе проведения МДПДГ мы просили пациентов обращать внимание на ощущения в теле. В случае возникновения болевых ощущений, мышечного напряжения или непроизвольных движений применялись техники прикосновения рук, сканирования, визуализации тела, палсинга и амплификации [18, 20–25].

Помимо вышеописанных видоизменений и дополнений ДПДГ в модификацию была включена техника «переигрывания» прошлого, при которой пациентам предлагалось в воображении видоизменить ситуацию получения травмы по своему усмотрению, сделать ее менее травматичной и более ресурсной [12, 20, 23, 26, 27].

Несколько позже в МДПДГ была включена лобно-затылочная коррекция (ЛЗК) — одна из техник психотерапевтической кинезиологии, заключающаяся в наложении рук психотерапевта на лоб и затылок пациента с целью стимуляции лобных и затылочных долей, ответственных за мыслительную и зрительную деятельность центральной нервной системы без участия эмоций [20, 23].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

На момент первой сессии у всех пострадавших присутствовали такие проявления ПТСР, как навязчивые воспоминания о ситуации ДТП, сопровождающиеся телесным дискомфортом и интенсивными эмоциями страха, отчаяния, досады; кошмарные сновидения с сюжетом травматического инцидента. Имея постоянные мысли о происшедшем, больные делали безуспешные попытки отвлечься, перестать думать о травме, избегали разговоров на эту тему. Также в большинстве случаев пациенты говорили о чувстве страха и телесном напряжении, возникающих при мысли о том, что им предстоит снова оказаться за рулем, в салоне машины или переходящими улицу среди потока машин (в зависимости от обстоятельств получения травмы). Помимо вышеперечисленных симптомов у пациентов, находившихся за рулем в момент ДТП, присутствовало выраженное чувство вины. Наиболее интенсивными переживания виновности были у пострадавших, объективно виновных в аварии, в особенности в случаях гибели участников ДТП. У 14 больных на фоне ПТСР имела место реакция горя в связи со смертью родственников или друзей в результате ДТП.

16 пострадавших помнили обстоятельства травмы частично, причем у 5 из них причиной амнезии была, прежде всего ЧМТ, а у 6 пациентов головной мозг не был травмирован, и выпадение из памяти отдельных фрагментов ситуации было одним из проявлений ПТСР. Особенностью всех больных с амнезией были яркие и устрашающие по содержанию сновидения на тему ДТП, в которых, вероятно, проигрывался вытесненный психотравматический материал.

У большинства пациентов имела место диссомния в виде затруднения засыпания и поверхностного ночного сна. Вероятно, эти симптомы были не только

проявлениями ПТСР, но также имели связь с выраженным болевым синдромом, астенией, общей ситуацией пребывания в стационаре.

МДПДГ у большинства пациентов применяли на первой сессии за исключением случаев (8 человек), когда больные говорили о неготовности или нежелании повторно проживать психотравмирующие моменты. С этими пострадавшими в первую сессию применяли другие методики (преимущественно в модальности недирективной суггестивной ПТ), направленные на телесное расслабление и получение эмоционального ресурса. В результате такой подготовительной работы больные субъективно отмечали некоторое улучшение душевного состояния. Хотя диагностически степень выраженности симптомов ПТСР не менялась к моменту следующей сессии, больные становились готовыми к проведению десенсибилизации.

Перед началом сессии больным разъясняли суть метода МДПДГ, после чего приступали непосредственно к процедуре. В своей работе мы стремились к достижению десенсибилизации за одну сессию, и это удавалось в 100% случаев. Достаточным результатом считалась редукция душевного и телесного дискомфорта, возникавшего при воспоминании о ситуации получения травмы. Количество просмотров инцидента было различно в зависимости от интенсивности психотравмирующего воздействия и личностных особенностей больных. В среднем осуществляли 3–7 вращений.

После того, как пациенты сообщали о том, что повторное проживание ситуации травмы больше не вызывает неприятных чувств и ощущений, им предлагалось осуществить «переигрывание» ситуации, т.е. замену ее травмирующих событий на более нейтральные или ресурсные. Переигрывание осуществлялось по принципу минимальных изменений. Около одной трети пациентов говорили, что переигрывание им не требуется, поскольку ситуация больше не травмирует и воспринимается как полезный опыт.

У 17 человек в прошлом имели место одна или несколько ситуаций, схожих с моментом получения травмы (ДТП или другие угрожающие инциденты). Это обстоятельство препятствовало наступлению десенсибилизации. Успешная проработка последней травмы происходила только после снятия стресса на всю цепь предыдущих ситуаций. Причем в ряде случаев пациенты спонтанно вспоминали и сообщали об этом травматическом прошлом. В других же случаях мы, видя задержку наступления десенсибилизации, сами расспрашивали больных о наличии такой цепочки инцидентов.

У пострадавших, которые в начале сессии жаловались на выраженный душевный и телесный дискомфорт при мыслях о том, что снова придется ездить в машине (или переходить проезжую часть), после десенсибилизации момента ДТП внимание уделялось

освобождению от страха перед воображаемым будущим. Техника проведения МДПДГ оставалась прежней, но вместо возвращения в прошлое проводили проработку будущих ситуаций с отслеживанием и проработкой всех возникающих при этом неприятных эмоций и ощущений.

В конце сессии МДПДГ пациенты говорили об улучшении душевного состояния, отмечали, что из тела ушло неприятное напряжение, которое они ощущали все время с момента ДТП. Также некоторые больные замечали ощущение притока энергии сразу после успешного завершения сессии, а спустя несколько дней говорили, что хорошее самочувствие сохраняется, поскольку прекращено навязчивое прокручивание ситуации травмы, отнимавшее много сил. При этом клинически наблюдали эмоциональное оживление и уменьшение напряженности в позе пациентов.

ЛЗК, включенная в метод МДПДГ, значительно ускоряла наступление десенсибилизации. Особо актуальна эта коррекция была в случаях, когда пациенты помнили травматическую ситуацию фрагментарно, а при попытках восстановить последовательность событий возникали образы «непроницаемой стены», «завесы», «тумана». В ходе сессии происходило полное восстановление в памяти обстоятельств получения травмы у больных, амнезия которых была проявлением ПТСР. Интересно отметить, что у пострадавших с амнезией, развившейся в результате ЧМТ, также происходило некоторое уменьшение ее выраженности. К тому же ЛЗК оказалась эффективна в тех случаях, когда проживаемая психотравмирующая ситуация или связанные с ней мысли и чувства были столь тяжелы для пациентов, что они в начале сессии были неспособны что-либо вербализовать.

Также в ближайшие дни после МДПДГ у большинства больных клинически наблюдали улучшение ночного сна, причем облегчение засыпания и более глубокий сон отмечали даже пациенты с болевым синдромом. Вероятно, эти улучшения были связаны с редукцией кошмарных сновидений, в которых присутствовал сюжет пережитого ДТП.

При анализе результатов психодиагностического обследования больных до проведения МДПДГ и через 3–5 сут, т.е. на следующей психотерапевтической сессии, было выявлено достоверное ($p < 0,001$) снижение выраженности симптомов ПТСР как по общему количеству баллов (с $12,77 \pm 0,61$ до $3,93 \pm 0,84$ баллов), так и по каждому из оцениваемых параметров. Подробнее результаты тестирования представлены в таблице.

В ходе проведения МДПДГ помимо десенсибилизации ДТП мы ставили задачу обучить пациентов самостоятельному применению данного метода как инструмента работы и с прошлыми, и с возможными будущими стрессовыми моментами жизни. На последующих сессиях около 50% больных сообщали о результатах самостоятельной проработки травми-

Таблица

Оценка в баллах выраженности симптомов ПТСР до и после применения МДПДГ

Оцениваемые симптомы	Перед МДПДГ	После МДПДГ
Я вспоминаю ситуацию получения травмы	2,49±0,53	1,37±0,79
Мне снятся сны с сюжетом ситуации травмы	2,71±0,48	0,52±0,58
Я стремлюсь избежать воспоминаний, разговоров о ситуации травмы	2,53±0,62	0,69±0,70
Я испытываю неприятные эмоции и (или) телесные ощущения при воспоминании о моменте травмы	2,82±0,38	0,71±0,10
Я испытываю неприятные эмоции и (или) телесные ощущения при мыслях, представлениях о том, что снова буду ездить за рулем/буду пассажиром в машине/буду переходить проезжую часть	2,21±0,76	0,64±0,82
Общий балл	12,77±0,61	3,93±0,84

ческих событий прошлого. У большинства из них такая работа с собой была успешна. В случае затруднений мы проводили уточнение и коррекцию техники МДПДГ.

Эффект десенсибилизации сохранялся на протяжении всего периода наблюдения нами пациентов в стационаре. Редуцированные симптомы становления ПТСР больше не возвращались, что облегчало дальнейшую работу с другими психотерапевтическими запросами и тяжелыми переживаниями посредством других модальностей и методов, описание которых выходит за рамки данной статьи. В частности, при реакции горя применение МДПДГ на первой сессии открывало путь к последующей работе в рамках терапии утраты. Также у пострадавших, находившихся за рулем в момент ДТП, после редукции симптомов ПТСР становилась возможной работа с переживаниями виновности.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

У пострадавших в ДТП нередко развивается ПТСР, значительно утяжеляющее субъективные переживания периода стационарного лечения. В первые недели после травмы у пациентов наблюдаются такие проявления ПТСР, как навязчивые воспоминания о ситуации ДТП, сопровождающиеся телесным и эмоциональным дискомфортом, кошмарные сновидения с сюжетом травматического инцидента, чувство вины (у находившихся за рулем в момент инцидента), страх и телесное напряжение при мыслях о предстоящих поездках в транспорте или переходе проезжей части. В случае гибели в ДТП близких на фоне перечисленных проявлений наблюдается реакция горя. Симптомы становления ПТСР необходимо выявлять и купировать на госпитальном этапе с целью предотвращения стойкого развития этого расстройства, причиняющего интенсивные душевные страдания, ухудшающего качество

жизни и социальную адаптацию. В ПТ этой категории больных с симптомами ПТСР эффективен метод МДПДГ, представляющий собой адаптацию ДПДГ к особенностям стационарного периода, сопряженного с тяжелым соматическим состоянием, выраженным болевым синдромом, ограничениями по времени как для отдельных сессий, так и для всего курса ПТ. В результате проведения МДПДГ достигается редукция симптомов ПТСР. Также в значительной степени уменьшается выраженность астении, диссомнических расстройств и амнезии момента получения травмы, которые у данного контингента больных могут быть как проявлениями ПТСР, так и симптомами, обусловленными полученной травмой и тяжестью соматического состояния. По данным психодиагностического обследования, достигается достоверное ($p < 0,001$) снижение выраженности симптомов ПТСР как по общему количеству баллов, так и по каждому из оцениваемых параметров.

Включение ЛЗК в метод МДПДГ значительно ускоряет наступление десенсибилизации и особо актуально в случаях, когда больным сложно воспроизвести последовательность событий, а также при затруднении вербализации ситуации в силу ее высокой психотравматичности.

В ходе сессии МДПДГ происходит также обучение пациентов самостоятельному применению данного метода в целях как освобождения от застарелых болезненных ситуаций, так и работы с острыми стрессами, которые могут возникнуть в будущем. Стойкий эффект десенсибилизации момента получения травмы открывает путь к дальнейшей работе в различных модальностях в зависимости от состояния и психотерапевтического запроса пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кекелидзе З.И., Шемчук Н.В. Психолого-психиатрические аспекты дорожно-транспортных происшествий (обзор зарубежных исследований) // Российский психиатрический журнал. – 2002. – № 1. – С. 61–70.
2. Тияжов Б.Т., Кадыров Г.М., Азимов Т. Дорожно-транспортный травматизм и его профилактика // Медицинский журнал Узбекистана. – 1990. – № 3. – С. 10–12.
3. Бакиева А.М. Оптимизация медико-социальной и психологической помощи пострадавшим при автоавариях: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Уфа, 2000. – 24 с.
4. Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. – М.: Экспертное бюро-М, 1997. – 496 с.
5. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. – СПб: Питер, 2001. – 272 с.
6. Burstein A.A. Posttraumatic stress disorder in victims of motor vehicle accidents // Hosp. commun. Psychiatry. – 1989. – Vol. 40, N 3. – P. 295–297.
7. Breslau N.E., Davis G.C., Andreski P., Peterson E. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in a urban population of young adults // Arch. Gen. Psychiatry. – 1991. – Vol. 48, N 3. – P. 216–222.
8. Mayou R., Bryant B., Duthie R. Psychiatric consequences of road traffic accidents // Br. Med. J. – 1993. – Vol. 307, N 6905. – P. 647–651.
9. Blanchard E.B., Hickling E.J., Taylor A.E., et al. Effects of litigation settlement on posttraumatic stress symptoms in motor vehicle accident victims // J. Trauma Stress. – 1998. – Vol. 11, N 2. – P. 337–354.
10. Ursano R.J., Fullerton C.S., Epstein R.S., et al. Acute and chronic posttraumatic stress disorder in motor vehicle accident victims. // Am. J. Psychiatry. – 1999. – Vol. 156, N 4. – P. 589–595.
11. Шаниро Ф. Психотерапия эмоциональных травм с помощью движений глаз: основные принципы, протоколы и процедуры: пер. с англ. – М.: Независимая фирма «Класс», 1998. – 496 с.
12. Малкина-Пых И.Г. Экстремальные ситуации. Справочник практического психолога. – М.: ЭКСМО, 2005. – 960 с.
13. Доморацкий В.А. Краткосрочные методы психотерапии. – М.: Издательство Института психотерапии, 2007. – 221 с.
14. МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств. Исследовательские диагностические критерии. – ВОЗ, Женева, СПб., 1995. – 208 с.
15. Епифанова Н.М., Полянина Д.А., Смирнов С.В. Метод десенсибилизации психотравмы у пострадавших с ожоговой болезнью // Материалы I съезда комбустиологов России. – М., 2005. – С. 250–251.
16. Полянина Д.А., Гапенко Д.В., Епифанова Н.М. Особенности психотерапии пострадавших при террористических актах и чрезвычайных ситуациях // Экстремальная медицина. Проблемы экстремальных состояний: материалы Региональной (Южного федерального округа) научной конференции с международным участием. – Владикавказ, 2006. – С. 90–92.
17. Полянина Д.А., Епифанова Н.М., Смирнов С.В. Клиника, психотерапия и профилактика посттравматического стрессового расстройства у пострадавших с ожоговой травмой // Медицина критических состояний. – 2006. – №5. – С. 32–36.
18. King S. K. *Instant Healing*. – Renaissance Books, Los Angeles, 2000. – 217 p.
19. Wolinsky S.H. *Quantum Consciousness. The Guide to Experiencing Quantum Psychology* / Contributor Kristi L. Kennen. – M.S.W.: Bramble Books, Connecticut, 1993. – 244 p.
20. Чобану И.К. Основы психотерапевтической кинезиологии: руководство. – М.: Литтерра, 2012. – 184 с.
21. Ермошин А.Ф. Вещи в теле: психотерапевтический метод работы с ощущениями. – М.: Независимая фирма «Класс», 1999. – 320 с.
22. Наранхо К. Гештальт-терапия: отношение и практика атеоретического эмпиризма: пер. с англ. – Воронеж: НПО «МОДЭК», 1995. – 304 с.
23. Чобану И.К. Психотерапевтическая кинезиология: язык тела как зеркало души // Психотерапия. – 2010. – №12. – С. 66–72.
24. Малкина-Пых И.Г. Телесная терапия. – М.: Эксмо, 2005. – 752 с.
25. Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б. Д. Карвасарского. – СПб: Питер, 2002. – 1024 с.
26. Ковалев С.В. Перепрограммирование собственной судьбы. – М.: «КСП+», 2002. – 784 с.
27. King S.K. *Urban shaman*. – Fireside, New York, 1990. – 288 p.

Поступила 07.03.2012

Контактная информация:
Верещагина Дарья Анатольевна,
к.м.н., старший научный сотрудник
НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗ г. Москвы
e-mail: adel1137@yandex.ru