АКБТ благодарит за перевод статьи Ф. Яхина

The Cognitive Behaviour Therapist (2020), vol. 13, e13, page 1 of 17  
doi:10.1017/S1754470X2000015X

Эмпирически обоснованное клиническое руководство

**Когнитивная терапия при посттравматическом стрессовом расстройстве после критического (тяжкого) заболевания и пребывания в отделении интенсивной терапии**

Hannah Murray 1,2, Nick Grey 3,4, Jennifer Wild 1,2, Emma Warnock-Parkes 1,2,5, Alice Kerr 5,

David M. Clark 1,2 and Anke Ehlers 1,2

1 Department of Experimental Psychology, University of Oxford, Oxford, UK, 2 Oxford Health NHS Foundation Trust, Oxford, UK, 3 Sussex Partnership NHS Foundation Trust, UK, 4University of Sussex, UK and 5 King’s College London, London, UK

(Получено 16 апреля 2020 года; пересмотрено 24 апреля 2020 года; принято 24 апреля 2020 года)

**Аннотация**

Приблизительно у четверти пациентов, проходящих лечение в отделениях интенсивной терапии (ОИТ), появляются симптомы посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). Учитывая резкое увеличение количества случаев пребывания в реанимации условиях пандемии COVID-19, представляется вероятным, что в ближайшие месяцы клиницисты столкнутся с ростом числа ПТСР после ОИТ.

Хотя ПТСР может создавать различные проблемы для клиницистов, пока отсутствуют какие-либо опубликованные клинические рекомендации по проведению когнитивно-поведенческой терапии, фокусированной на травме, с указанной группой населения. В этой статье мы опишем, как использовать когнитивную терапию для ПТСР (КТ ПТСР), которая является терапией (методом) первого выбора для ПТСР, рекомендованной Национальным институтом качества здравоохранения и обслуживания (National Institute for Health and Care Excellence). С использованием клинических случаев в качестве примеров нами определяются ключевые техники, включаемые в процесс КТ ПТСР, и описывается их применение при лечении пациентов с ПТСР после пребывания в отделениях интенсивной терапии (ОИТ).

**Ключевые цели обучения**

(1) Научиться распознавать ПТСР после пребывания в отделениях интенсивной терапии.

(2) Понять, как пребывание в отделении интенсивной терапии может привести к развитию ПТСР.

(3) Понять, как когнитивная модель ПТСР Элерса и Кларка (2000) может быть применена к ПТСР после ОИТ.

(4) Уметь применять когнитивную терапию при ПТСР у пациентов с ПТСР после ОИТ.

**Ключевые слова**: COVID-19; интенсивная терапия; галлюцинации; отделения интенсивной терапии (ОИТ); ПТСР; травма

**Введение**

Пациенты поступают в отделения интенсивной терапии, когда им требуется медицинская помощь для сохранения жизни. Достижения современной медицины позволили достичь более высоких показателей выживаемости в отделениях интенсивной терапии, чем когда-либо прежде, но у многих пациентов через несколько недель или месяцев после выписки возникают и развиваются психологические проблемы, в частности, посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), депрессия и тревога. Действительно, недавний метаанализ обнаружил самостоятельно заявленные симптомы ПТСР у 24% пациентов, ранее пребывавших в отделениях интенсивной терапии, через 1-6 месяцев после выписки и у 22% - через 7 месяцев (Parker et al., 2015).

Различные факторы риска, связанные с пребыванием в ОИТ, приводят к более высоким показателям ПТСР, чем других расстройств. Помимо критического недомогания и страха перед смертью, пациенты подвергаются воздействию самой обстановки отделений интенсивной терапии с постоянным шумом, частыми медицинскими обследованиями, болью, прерыванием сна, частичной потерей сознания и высоким уровнем использования седативных препаратов. Они часто не в состоянии общаться или двигаться. Эти факторы подвергают пациентов риску возникновения делирия, острого спутанного состояния сознания, которое может сопровождаться галлюцинациями и бредом. Слабое физиологическое состояние пациента и обстановка ОИТ также влияют на процессы памяти, что еще больше повышает риск развития ПТСР.

Пандемия COVID-19 привела к быстрому росту числа случаев госпитализации. Одним из многих последствий пандемии, вероятно, будет увеличение количества пациентов с ПТСР, связанных с опытом протекания их болезни и процесса лечения. Пока недоступны данные для оценки показателей ПТСР в этой группе населения или данные по специфическим факторам риска ПТСР, таким как использование седативных лекарственных препаратов. Тем не менее, некоторые аспекты лечения во время пандемии могут создавать для пациентов риск развития ПТСР после ОИТ. Так, персонал должен носить средства индивидуальной защиты (СИЗ), в том числе маски, которые мешают общению и могут создавать устрашающий вид для пациентов, находящихся в состоянии делирия. Посетители в ОИТ не допускаются, если только пациент не находится при смерти, что лишает возможности получения им ободрения и поддержки со стороны любимого человека, а персонал будет, при этом, полностью недоступен в силу занятости. При обычных обстоятельствах приблизительно 13% пациентов, поступающих в ОИТ умирает [Национальный центр аудита и исследований в области интенсивной терапии (ICNARC), 2019], но первоначальные цифры, касающиеся случаев COVID-19, указывают на то, что смертность может быть выше для данной категории больных - более 50% на момент написания статьи (ICNARC, 2020), что означает, что пациенты могут знать о других, умирающих рядом с ними, и о своем собственном высоком риске смерти. И в заключение, в критическом состоянии у пациентов с COVID-19 наблюдается гипоксия, которая является фактором риска при делирии (Tilouche et al., 2018). В то же время, некоторые аспекты заболевания COVID-19 могут защищать от ПТСР. Так, например, многие пациенты, попадающие в ОИТ, не помнят о прибытии туда, так как их госпитализация произошла из-за внезапного несчастного случая, болезни или после операции. Состояние пациентов с COVID-19, как правило, ухудшается в течение определенного периода времени. Поэтому они могут быть больше осведомлены о своем положении и, соответственно, иметь больше доступа к фактическим воспоминаниям, что как было установлено, что является фактором защиты от ПТСР (Jones et al., 2001).

Согласно руководящим принципам Национального института качества здравоохранения и обслуживания (National Institute for Health and Care Excellence) по реабилитации после критического заболевания (NICE, 2009) рекомендуется психологическое наблюдение за пациентами после выписки их ОИТ, включая скрининг на ПТСР и проведение психотерапии по мере необходимости Тем не менее, на момент написания статьи, клиники, обеспечивающие такое наблюдение, были доступны только в некоторых больницах Великобритании, и, вероятно, будут переполнены во время пандемии COVID-19. Кроме того, пациенты с симптомами ПТСР могут быть неспособны или не желают посещать такие клиники последующего наблюдения, из-за текущих проблем физического состояния и дистресса, связанного с воспоминаниями об опыте пребывания в больнице.

Что касается самого лечения, существует мало опубликованных клинических руководств, доступных для психотерапевтов, работающих с пациентами с ПСТР после ОИТ. Среди клинических вмешательств в литературе, как правило, основное внимание уделяется профилактике ПТСР, включая определение оптимального уровня седации и использования лекарств (Kress et al., 2003), использование дневников пациентов (Ullman et al., 2015) и ранние программы вмешательства (например, Wade et al., 2019). Лечение ПТСР после ОИТ может создавать проблемы для клиницистов, такие как: обрывочные и очень разрозненные воспоминания, которые могут включать и галлюцинации; текущие физические проблемы; избегание триггеров, связанных с медициной; недоверие и страх перед медицинскими работниками.

В этой статье мы стремимся показать, как применять когнитивную терапию при ПТСР (КТ-ПТСР), которая является психологическим лечением первого выбора при ПТСР, для решения проблем пациентов после ОИТ.

Хотя мы будем уделять основное внимание ПТСР после лечения в ОИТ, большая часть материала имеет отношение к вопросам выживания при критических заболеваниях в целом, а также к медицински обусловленным травмам в других контекстах.

**ПТСР после ОИТ**

Травмирующие события в ОИТ могут включать:

• Опыт, когда пациент считал, что они могут скоро умереть.

• Моменты, когда пациент узнавал плохие новости, например, о том, что COVID-19 был разработан, и связанные с этим проблемы.

• «Вспышки» («флешфорварды») или изображения ожидаемого будущего события (например, представление собственных похорон).

• Инвазивные (а иногда и болезненные) медицинские процедуры.

• Видеть, слышать или узнавать о смерти других пациентов.

• Субъективно воспринимаемое ненадлежащее обращение, например, испытывать боли с убеждением, что персонал не помогает.

• Наблюдение того, как другие пациенты ведут себя тревожно.

• Галлюцинации, вызванные делирием.

• Сочетание вышеперечисленного. Например, у пациентов могут быть воспоминания о какой-либо медицинской процедуре, которую на тот момент они воспринимали так, как будто медсестра пыталась их убить.

Пациент, для того, чтобы соответствовать критериям ПТСР согласно Диагностическому и cтатистическому руководству по психическим расстройствам (5-е изд, DSM-5; Американская психиатрическая ассоциация, 2013), при пережитом опыте События Критерия А (столкновение со смертью или с угрозой ее нанесения или причинения серьезного увечья), такого как было перечислено выше, также должен иметь симптомы из каждой из следующих категорий:

- Повторное переживание событий в форме навязчивых воспоминаний, «флешбэков», ночных кошмаров и / или физическая и эмоциональная реакция на напоминающие данное событие предметы материального мира или информацию (Критерий Б). Что касается травмы ОИТ, то пациенты могут сообщать о фактических воспоминаниях, путаных или галлюцинированных воспоминаниях или об одновременном наличии обоих видов воспоминаний (Colville et al., 2008; Wade et al., 2015). В некоторых случаях они сообщат о спутанности сознания в отношении того, что было реально. Повторное переживание не всегда предполагает сознательный отзыв о травматическом событии. Это может также включать повторное переживание сильной эмоции (страх, грусть, отчаяние) или физической реакции (боль, одышка, неподвижность) на травму без одновременного воспоминания о самом событии. Это то, что Элерс и Кларк (2000) называют

«воздействовать без воспоминаний». Триггеры для повторного переживания представляют собой очевидные напоминания о травме (например, упоминание о реанимации, вопрос о вашей болезни и т. д.), но также часто включают в себя зафиксировавшиеся в период пребывания в ОИТ сенсорные элементы, которые характерны для повседневной жизни, такие как звуковые сигналы, запахи дезинфицирующих средств, звук затрудненного дыхания, цвет СИЗ, халата, прозрачный пластик, используемый в козырьках СИЗ для персонала, и физические ощущения, такие как боль, затрудненное дыхание, дискомфорт при глотании, лежа и тошнота. Когда эти сенсорные элементы являются частью повседневных предметов (цвет одежды, материал, используемый в бытовых контейнерах, дыхание новорожденного ребенка), то пациенты могут не знать, что вызвало их воспоминания или аффекты и ощущают, что их эмоции вышли из-под контроля.

Избегание мыслей, чувств и напоминаний об опыте (критерий С). Что касается ПТСР после ОИТ, то типы поведенческого избегания могут включать в себя пропуск медицинских посещений, избегать смотреть или касаться частей своего тела, деятельности, которые вызывают подобное телесные ощущения (например, задыхаться) и выключение телевизионных программ или фильмов по медицинской теме.

Негативные изменения в когнитивных процессах и настроении (критерий D). Для ПТСР после ОИТ, изменение когниций может относиться к воспринимаемым негативным, постоянным изменениям личности, тела или жизни в целом, убеждениям о личной уязвимости и недоверие к другим, особенно если пациенты полагали, что с ними плохо обращались в больнице. Связанные с этим эмоции могут включать безнадежность, грусть, стыд и гнев.

Симптомы гипервозбудимости (критерий Е). Особенно распространенными симптомами после реанимации являются повышенная чувствительность к внутренним состояниям, к таким как ощущения или симптомы, которые могут указывать на возможную болезнь. Сон часто плохой, так как нахождение в постели может вызвать воспоминания.

Симптомы должны длиться не менее месяца (критерий E), вызывать серьезный дистресс (эмоциональные переживания) / или затрагивать важные области функционирования (критерий F), не связанные с употреблением веществ или состоянием здоровья (критерий G). Критерии посттравматического стрессового расстройства в МКБ-11 (Всемирная организация здравоохранения, 2018) более узко фокусируются на повторном переживании в форме воспоминаний и кошмаров, избегания, повышенной бдительности и реакций сильного испуга.

Симптомы посттравматического стрессового расстройства могут развиться сразу после интенсивной терапии, но мы также наблюдали случаи, когда их первое появление было отсрочено. Пациенты часто сообщают, что изначально их внимание было сосредоточено на физическом выздоровлении, и только позже их психологические симптомы проявились или выходили на первый план.

**Когнитивная модель ПТСР**

Когнитивная модель ПТСР (Ehlers and Clark, 2000) предполагает, что основной опыт ПТСР – это ощущение серьезной угрозы в настоящем, даже если травма в прошлом. Эта воспринимаемая угроза в настоящем может быть физической («Я умру»; «Мир - опасное место») и / или психологической («Я слабый»; «Я одинок»).

Чувство угрозы поддерживается тремя процессами. Первый относится к оценке (значению) травмирующего события или его последствий. Например, если пациенты теперь считают себя и своих близких более уязвимыми перед тяжелыми заболеваниями или смертью и испытывают недоверие медицинским работникам, это создаст постоянное ощущение угрозы.

Второй - касается природы памяти о травмах. Модель предполагает, что, поскольку травма обрабатывается преимущественно сенсорным путем (как поток сенсорных впечатлений) и иногда также как нереальное / не происходящее с самим индивидом, то худшие моменты травмы являют плохо проработанными и отделены от другой автобиографической информации в памяти. Это объясняет качество восприятия «здесь и сейчас» в отношении воспоминаний при ПТСР: когда вспоминают травмирующие моменты, люди могут быть не в состоянии получить доступ к другой информации, которая могла бы исправить впечатления или отрицательные убеждения, которые они имели на тот момент. Другими словами, память в отношении указанных моментов не актуализировалась (не обновлялась) через переработку информации, которую человек знает сейчас, например, что они выжили, и что наихудшие оценки тех моментов могут быть неточными (например, что медицинский персонал их не пытал (не издевался над ними), а на самом деле проводил процедуры, чтобы спасти их жизни). Эти типы воспоминаний легко запускаются сенсорными сигналами, похожими на те, что имели место во время травмирующей ситуации.

Третий процесс, поддерживающий ощущение угрозы в настоящем, - это когнитивные и поведенческие стратегии совладания (копинга), которые пациент использует, чтобы уменьшить чувство угрозы. Эти стратегии могут непреднамеренно усилить симптомы (например, подавление памяти или употребление психоактивных веществ) или чувство угрозы (например, повышенная бдительность в отношении опасности). Важно то, что избегание, безопасное поведение и руминации препятствуют изменению (переоценке) травмирующих значений (оценок) или изменений в структуре памяти о травмах, которая остается в слабо проработанном состоянии.

**Факторы психологического риска ПТСП после интенсивной терапии**

Большинство исследований факторов риска ПТСР после ОИТ сосредоточено на статистических характеристиках групп пациентов и медицинских показателях (переменных). Например, некоторые виды лекарств (включая бензодиазепины и опиаты) особенно связаны с более поздним развитием ПСТР, вероятно, из-за их роли в делирии (например, Bienvenu et al., 2013; Girard et al., 2007). Психологические переменные, которые были изучены, дают нам некоторое представление о процессах, ведущих к ПТСР после ОИТ, и соответствуют когнитивной модели. Например, исследования показали, что количество травматических медицински значимых событий, которые происходят в отделении интенсивной терапии (например, затрудненное дыхание), не позволяют прогнозировать возникновение ПТСР, в то время как переживание страха и стресса является соответствующим предиктором (предвестником) (Wade et al., 2013). Это соответствует когнитивной модели ПТСР, которая предполагает, что именно характер оценки травмирующего события как опасного приводит к ПТСР.

Во-вторых, представляется вероятным, что обстановка ОИТ оказывает глубокое влияние на процессы памяти: сочетание сильных лекарств, прерывистого сна, сужения сознания и изменяющихся уровней сознания могут привести к сильно дезорганизованным воспоминаниям, в которых доминируют сенсорные данные, которые нелегко интегрируются с другими автобиографическими воспоминаниями и информацией и легко запускают указанные воспоминания. Исследования показывают, что у пациентов, которые испытывали воспоминания бредового характера (Kiekkas et al., 2010), меньше осознавали свою окружающую обстановку (Elliott et al., 2016; Rattray et al., 2010) и обладали низким чувством адекватности (Valsø et al., 2020), чаще развивалось ПТСР после интенсивной терапии. Результаты исследований, которые показали, что наличие фактических воспоминаний защищает от ПТСР (Jones et al., 2001), предполагают, что даже если фактические воспоминания неприятные, они помогают пациентам лучше контекстуализировать их переживания и добавляют когерентности и смысл тому, что происходит.

Наконец, исследования показывают, что пациенты с ранее существовавшими психологическими проблемами с большей вероятностью будут испытывают бредовые состояния в отделении интенсивной терапии (Jones et al., 2001) с развитием впоследствии ПТСР (Davydow et al., 2008; Моррисси и Коллиер, 2016; Wade et al., 2012). Ранее перенесенные травмы связаны с повышенным риском ПТСР после отделения интенсивной терапии (Paparrigopoulos et al., 2014), и образы предыдущих травматических ситуаций часто возникают при галлюцинациях. Когнитивная модель ПТСР Элерса и Кларка предполагает, что предыдущие убеждения и переживания влияют на природу воспоминаний о травмах и формируемые оценки. Например, лица с ранее имевшимся тревожным расстройством или историей травм с большей вероятностью будут интерпретировать события в отделении интенсивной терапии как угрожающие.

На рисунке 1 показана когнитивная модель ПТСР, адаптированная для иллюстрации типичных особенностей ПТСР после ОИТ (выделено курсивом).

Рис.1 Когнитивная модель ПТСР Ehlers and Clark’s (2000), адаптированная для ПТСР после ОИТ

**Когнитивная терапия при ПТСР**

Когнитивная модель ПТСР (Ehlers and Clark, 2000) составляет основу когнитивной терапии ПТСР.

(КТ ПТСР), когнитивно-поведенческая терапия, фокусированная на травме, рекомендованных руководящими принципами NICE (NICE, 2018). КТ ПТСР показала эффективность в рандомизированных контролируемых исследованиях (Ehlers et al., 2003, 2005, 2014), а также в повседневной клинической практике (Ehlers et al., 2013). Лечение обычно состоит из еженедельных занятий количеством до 12 сеансов по 90 минут с последующей периодичностью до трех сеансов в месяц.

В соответствии с моделью цели КТ ПТСР заключаются в следующем:

• Изменить оценки (личное значение (смысл)) травмы как угрожающей и ее последствий.

• Уменьшить повторные переживания за счет проработки воспоминаний о травмах и разрыва связи между повседневными стимулами и воспоминаниями о травмах (тренинг распознавания запуска механизма «Тогда против Сейчас»).

• Уменьшить влияние когнитивных стратегий и поведения, которые поддерживают ощущение угрозы в текущий момент.

Для получения дополнительной информации о том, как проводить КТ ПТСР, включая обучающие видео, анкеты (опросники) для проведения лечения, руководства по дистанционному лечению и информационные буклеты по ПТСР после ОИТ можно найти на сайте: www.oxcadatresources.com. Использование этих учебных материалов предполагает наличие обучения и компетентности в КБТ.

**Использование КТ ПТСР для лечения ПТСР после ОИТ**

Все основные стратегии лечения КТ ПТСР могут быть использованы для пациентов с ПТСР после ОИТ.

Ниже приведены примеры основных техник, которые могут быть применены к таким пациентам.

Приведена сводная таблица (Таблица 1).

Таблица 1. Стратегии лечения КТ ПТСР, применяемых к ПТСР после ОИТ

|  |  |
| --- | --- |
| Техника КТ ПТСР | Применение при ПТСР после ОИТ |
| Психообразование и нормализация | Включите информацию об ПТСР после ОИТ и делирии (при наличии), укажите информацию о физическом переживании опыта и возникновении эмоций без воспоминаний, и что провалы в памяти часто возникают из-за болезней и лекарств. |
| Индивидуальное формулирование случая | Включите влияние среды отделений интенсивной терапии и ранее существовавший опыт (при наличии такового) |
| Восстановление нормальной жизни | Выработайте шаги по «перестройке своей жизни» для людей со значительными потерями или физическими изменениями, включайте это в каждую сессию. Темп - в зависимости от тяжести (болезненности) состояния и / или инвалидности |
| Техники, сфокусированные на памяти |  |
| Актуализация (обновление) памяти о травме | Используйте график, чтобы составить обзор пребывания в ОИТ и / или письменное описание,  даже если воспоминания о травмах, вероятно, окажутся очень дезорганизованными или могут содержать галлюцинации  Признаются пробелы в памяти («следующее, что я помню:::»)  Чтобы получить доступ к значениям определенных горячих точек, полезно пережить эти моменты заново.  Обновления воспоминаний могут включать следующее: результат лучше, чем ожидалось в момент травмы («Я не умер»), причины для врачебного вмешательства, намерения персонала помочь, причины одиночества, искаженное чувство времени из-за болезни, нарушения сна и отсутствия дневного света (см. примеры в таблице 2)  Включите обновления, чтобы разобраться в бредовых состояниях / галлюцинациях  Проконсультируйтесь с медицинскими записями и / или экспертами для получения возможных обновлений |
| Распознавание триггеров | «Детективная» работа по выявлению звуковых / визуальных / обонятельных раздражителей или телесных ощущений  которые присутствовали в ОИТ, но также встречаются повсеместно в жизненных условиях после ОИТ и действуют как триггеры для повторного переживания травмы  Различение «Тогда против Сейчас» может включать поведение во время извлечения памяти в способы, которые были невозможны во время травматических моментов в отделении интенсивной терапии (например, стоя  вверх, двигаясь) |
| Ознакомительные визиты | По возможности договоритесь о посещении отделения интенсивной терапии, связавшись с отделением.  Расставляйте приоритеты посещений, если воспоминания о травмах включают бред или галлюцинации  Используйте виртуальные посещения и видеотуры по отделениям интенсивной терапии, чтобы подготовиться к посещениям или если вы не может вернуться лично |
| Работа с оценкой травмы и ее последствий | Основные темы включают:  Убеждения о том, что можно потерять рассудок - используйте психообразование, исследования, опросы и  поведенческие эксперименты  Вера в устойчивый характер произошедших физических изменений - признавать потери и «оплакивать» их, повысить внимание к тому, что не изменилось; фото и видео отзывы и  опросы для устранения искажений о серьезности изменений внешнего вида /функций  Вера в устойчивый характер произошедших психологических изменений - выявить и оспорить потерю уверенности в своих силах («Мне больше нельзя доверять мою семью')  Беспокойство о здоровье и убеждения об уязвимости к болезням - используйте управляемое открытие  и медицинские консультации для точного расчета вероятностей риска; оставление сканирования  ощущений тела / признаков болезни; поведенческие эксперименты  Вина выжившего - устраните убеждения о предполагаемой ответственности и несправедливости, рассмотрите альтернативные значения, используйте опросы  Представления о плохом обращении и недоверии к специалистам здравоохранения – слушайте и проявляйте эмпатию, устраняйте неправильные оценки, оказывайте содействие в коммуникациях с больницей, рассматривайте преимущества и недостатки сдерживания гнева, сокращение  руминаций.  Обращайтесь к обобщенным оценкам относительно доверия, анализируя доказательства, используя опросы и исследования |
| Обращение с поддерживающим поведением/когнитивными стратегиями | Повышайте осведомленность о стратегиях, например, внутреннее сканирование, чрезмерная защита,  руминации, употребление психоактивных веществ и их роль в поддержании ПТСР.  Используйте поведенческие эксперименты для проверки получаемого эффекта от использования стратегий, в том числе эксперименты по сокращению и отказу от стратегий и экспериментов для изменения оценок, которые мотивируют (поддерживающее) поведение |

**Психообразование и нормализация**

На ранних стадиях КТ ПТСР мы используем психообразование, чтобы помочь пациентам понять ПТСР и нормализовать их симптомы. Образец брошюры с отдельным вариантом для ПТСР после ОИТ можно найти на веб-сайте ресурсов OxCADAT. При ПТСР после интенсивной терапии также полезна нормализация информации о травмах в ОИТ. Это важно, потому что пациенты могут иметь убеждения об их переживаниях, таких как «Я схожу с ума» (особенно в случае делирий) и «Это должно было у меня уже закончиться».

Психообразование может включать в себя следующее:

• ПТСР является обычным явлением после ОИТ (у 20–30% пациентов наблюдаются симптомы посттравматического стрессового расстройства).

• Медсестра или другой специалист дают аудиозаписи или письменный отзыв об основаниях для проведения некоторых медицинских процедур в отделении интенсивной терапии.

• Делирий как таковой в отделениях интенсивной терапии чрезвычайно распространен (60–80% пациентов).

• Объяснение причин развития делирия в отделениях интенсивной терапии (скорее всего, сочетание сильных лекарств, недосыпания и / или гипоксии).

• Галлюцинации и бред в отделении интенсивной терапии не являются признаками психического заболевания. Обычно они возникают только в специфической среде и не приводят к развитию психоза.

• Воспоминания о переживаниях в отделении интенсивной терапии обычно беспорядочные, без четкого ощущения времени и могут возвращаться в различных формах: воспоминания об определенных моментах, ощущениях в теле или внезапных чувствах, таких как паника. Все это признаки того, что были включены триггеры воспоминаний.

Информацию для нормализации также можно найти, прочитав отчеты от первого лица об опыте пребывания в ОИТ (например, журналист Дэвид Ааронович: https://bbc.in/2WuueQy),или путем посещения онлайн-ресурсов или групп поддержки для выживших в ОИТ (например, Шаги ОИТ: [www.icusteps.org](http://www.icusteps.org)).

**Индивидуальное формулирование случая**

Еще одна ранняя задача КТ ПТСР - индивидуальное формулирование случая для пациента.

Это делается не так подробно, как на рис. 1, но включает в себя базовое описание основных процессов, поддерживающих его ПТСР (т. е. источники ощущения текущей угрозы и любые проблемные когнитивные или поведенческие стратегии; см. на веб-сайте ресурсов OxCADAT видео о процессе формулирования случая). В случае ПТСР после ОИТ мы также обсуждаем влияние контекста ОИТ на процессы памяти, подчеркивая, что нет ничего удивительного в том, что воспоминания пациента о травмах было трудно осмыслить или «спрятать» в структуру памяти, учитывая интенсивный физиологический опыт интенсивной терапии и обстановку ОИТ.

Узнав немного об опыте до госпитализации и убеждениях пациента, можно также выявить их взаимосвязь с содержанием бредовых идей и галлюцинаций. Полезно показать эти взаимосвязи пациенту, чтобы лучше понять их содержание.

*В детстве Шеннон подверглась сексуальному насилию со стороны своего дяди. В реанимации она испытала мучительные галлюцинации о сексуальном насилии со стороны персонала. Обсудив с терапевтом, Шеннон поняла, что природа ее галлюцинаций могла быть обусловлена ​​соответствующим влиянием предыдущей травмы. Вполне вероятно, что сотрудники иногда интимно касались Шеннон по причинам медицинского характера, например, при промывании или установке катетера. Шеннон знала, что она была в сознании и вне сознания, часто находилась в ОИТ в путаном состоянии и понимала, что она, возможно, неверно истолковала эти процедуры как сексуальное насилие, чего она, по понятным причинам, особенно сильно боялась.*

**Восстановление/воссоздание Вашей жизни**

Возврат к прежним ценным и любимым занятиям или к их аналогам после травмы является важной частью КТ ПТСР, которая начинается с самого первого сеанса и рассматривается на каждой сессии. После тяжелой (критической) болезни, у некоторых пациентов наблюдаются значительные физические изменения, включая боль, инвалидность, рубцы, сексуальная дисфункция и постоянные симптомы хронических заболеваний. Долгосрочные физические последствия COVID-19 еще не известны, но они могут включать усталость и респираторные проблемы. Возможно, в жизни пациентов произошли и другие существенные изменения, например, потеря работы, финансовые проблемы или изменение образа жизни. Эти препятствия могут серьезно затруднить полное возвращение к прежней жизни.

Возвращение к вашей жизни означает «воссоздание» вашей жизни после травмы. Работайте творчески и совместно с вашим пациентом, чтобы определить, что можно исправить, и как воспроизвести то, что было важно для пациента ранее в значимой деятельности в другом контексте. Вам может потребоваться установить соответствующий темп работы с пациентом, чтобы помогать справляться с болью или инвалидностью. И это, возможно, также будет меняться со временем, в зависимости от сроков обследования пациента после интенсивной терапии и соответствующей стадии его физического восстановления. Планы на будущее по восстановлению ваших жизненных задач могут быть увязаны с дальнейшим улучшением физического состояния.

*Гвилим до болезни и лечения в реанимации был старшим офицером полиции. Его оказался в состоянии частичного паралича с сильными болями, в связи с чем ему пришлось отказаться от своей карьеры в полиции и некоторых своих увлечений. Гвилим и его терапевт вместе работали над тем, как восстановить его прежний жизненный уклад. Oни началм с перечисления того, что любил Гвилим, но все еще мог делать, в том числе смотреть спортивные программы по телевизору, ходить в паб с друзьями и сидеть в саду с женой, и составили план возобновления этой деятельности. Затем они обсудили, что нравилось Гвилиму в его работе, и его другие увлечения. В качестве таковых, Гвилим определил чувство, которое возникает, когда он делает что-то положительное для своего сообщества, отношения товарищества внутри команды и физическая активность. Они обсудили другие возможности достичь этих целей способами, которые были физически возможны для Гвилима. Он решил приступить к волонтерству в местной благотворительной организации, выпуск информационного бюллетеня, что он мог делать из дома. Он также использовал свой опыт для организации так называемого «Соседского дозора» в своем районе, что также дало дополнительную выгоду в том, чтобы лучше узнать своих соседей. Он приложил усилия, чтобы оставаться на связи с коллегами и друзьями и планировать встречи с ними. Гвилим тоже начал постепенно улучшить свою физическую форму, используя план, предложенный ему физиотерапевтами больницы.*

**Методы, фокусированные на памяти**

**Обновление (актуализация) воспоминаний о травмах**

Первый шаг к обновлению (актуализации) воспоминаний о травмах в КТ ПТСР - это доступ к проблемным оценкам (значениям) через воображаемое переживание или создание письменного рассказа (нарратива) об опыте. Так как пребывание в ОИТ может носить длительный характер, и пациент может быть в сознании только часть времени, будет весьма сложно испытывать весь спектр переживаний вновь или писать об опыте в ОИТ подробно от начала до конца. Пациенты в ОИТ часто теряют чувство времени, особенно если они испытывают делирий. В случаях, когда это возможно, может оказаться полезным для построения приблизительного графика их пребывания в отделении интенсивной терапии использовать информацию из медицинских записей, дневников интенсивной терапии (которые используются в некоторых отделениях) и воспоминания членов семьи или друзей, которые, даже если им не разрешили посещать пациента, с надеждой получали регулярную информацию из палаты. Это дает возможность обзора хода пребывания в ОИТ, а воспоминания о травмах, которые в настоящее время повторно переживаются, могут быть идентифицированы и отмечены на временной шкале.

Написание рассказа о том, что помнит пациент, также полезно для обзора их опыта реанимации и выявления горячих точек (моментов пиковых эмоциональных переживаний во время травматических воспоминаний). Пациенты и терапевт могут обсудить различные возможности возникновения запутанных моментов, в определенные моменты писать вместе и строить правдоподобную последовательность событий. Путаница и пробелы признаются в повествовании («следующее, что я помню…»). Терапевт наблюдает реакции, такие как признаки диссоциации, слабость, спутанность сознания, тошнота или боль, чтобы оценить характер их взаимодействия с воспоминаниями о травмах, и может напоминать пациенту о настоящем по мере необходимости или использовать меры повышения физического напряжения (applied tension), если пациент начинает чувствовать слабость (головокружение).

События, связанные с конкретными воспоминаниями, которые переживаются заново или причиняют наиболее болезненные чувства во время написания повествования или построения временной шкалы (горячие точки), могут быть исследованы более глубоко с помощью воображаемого переживания, чтобы полностью понять их значение (оценки). Обновленная в результате этогоинформация затем идентифицируется и заносится в воспоминания о травме как можно раньше. Обновления добавляются в запись воспоминаний другим цветом или шрифтом. Пациент или терапевт прочитывают информацию по «горячей точке» и новые воспоминания вслух, в то время как пациент держит в сознании и то, и другое. При воображаемом переживании, терапевт предлагает пациенту озвучить новые воспоминания, когда они становятся доступными в памяти, и сохранить в памяти образы новых воспоминаний. Также может быть полезным использование действий или изображений, чтобы напоминать себе о произошедших изменениях. Например, несочетаемые действия или ощущения, такие как движение или прикосновение к их исцеленному телу, могут показать, что опасность миновала, и они выздоровели. Просмотр фото недавних событий с любимыми могут восстановить в памяти моменты, когда пациенты могли бояться смерти, не попрощавшись со своими близкими. Такие изображения, как исцеление тела после болезни для укрепления обновление «болезнь прошла, мое тело стало здоровее». Оценки воспоминаний в отношении их «присутствия в настоящем» (степень, при которой кажется, что событие повторяется снова) и уровень болезненности переживаний фиксируются на моменты до и после актуализации, чтобы убедиться, что процедура прошла успешно. Видео примеры этого важного доступны на веб-сайте ресурсов OxCADAT.

Значение «горячих точек» индивидуально для каждого человека и определяется тщательно проводимым опросом. В таблице 2 перечислены некоторые общие варианты оценки «горячих точек», полученные от пациентов с ПТСР после ОИТ, включающие в себя варианты обновления (преобразования) воспоминаний и способы демонстрации обновленных показателей.

Последние четыре примера - обычные галлюцинации и идеи бредового характера в отделениях интенсивной терапии, но некоторые странные переживания могут быть описаны. В общем, их полезно обновить с помощью техники нормализации - предоставления информации о том, почему имеют место соответствующие процессы, и осознания того, что на самом деле этого не произошло. В некоторых случаях пациенты не путаются в том, что было на самом деле. Обычно, логика может помочь определить, был ли случай вероятен, а определенная «детективная» работа, например, опросить друзей, членов семьи, ознакомиться с медицинскими записями или побеседовать с персоналом в отделении интенсивной терапии могут помочь экстраполировать объективную информацию. Часто подлинное состояние дел искажается делирием. Также может быть полезным понять источники появления галлюцинаций.

*Кристина на протяжении всего своего пребывания в отделении интенсивной терапии верила, что ее похитили инопланетяне, чтобы они извлечь ее органы. У нее были ужасающие галлюцинации, что они разрезают ее. Кристина и ее терапевт обсудили, откуда взялась эта галлюцинация. Было логично, что Кристина считала, что ее похитили, когда она проснулась в незнакомом месте и не в силах пошевелиться. Кристина также осознала, что сотрудники отделения интенсивной терапии носили средства индивидуальной защиты, включая маски, козырьки, защитные накладки для волос и пластиковые костюмы, что создавало их образы как странных и пугающих существ. Перевязывание хирургической раны на животе могло вызвать некоторую боль. В то время как она была физически слабой и принимала много обезболивающих, ее сознание интерпретировало весь этот опыт как похищение инопланетянами.*

**Выявление триггеров**

Тщательный анализ повторных переживаний используется для выявления триггеров памяти. Пациенты часто не осознают, что их воспоминания о травмах вызваны сенсорными элементами, такими как цвета, запахи, вкусы, звуки, прикосновения к определенным частям тела, положение тела и телесные ощущения.

Воспоминания также могут быть вызваны связанными с медициной ситуациями и напоминающими стимулами, такими как письма из больницы, посещение приемов, медицинские телепрограммы и сообщения средств массовой информации на соответствующие темы (например, пандемия COVID-19). Первоначально обнаружение соответствующего аффекта вне связи с воспоминаниями может быть затруднительным, но по мере того, как пациенты начинают больше осознавать свои индивидуальные триггеры, они постепенно распознают эти эмоции как часть их воспоминаний о травмах.

Как только триггеры определены, они намеренно предъявляются пациенту, вызываются соответствующие воспоминания / эмоциональные реакции, а затем пациента побуждают сосредоточиться намеренно на том, что отличает моменты «Тогда» (травма) и «Сейчас» (напоминающий стимул). Эту технику распознавания и различения триггеров по модели «Тогда против Сейчас» можно практиковать во время сеанса и в качестве домашнего задания, намеренно предъявляя триггеры. Шумы и изображения, похожие на те, что в ОИТ, можно найти в базе данных соответствующих звуков в Интернете и в Google Images. В сеансе также можно воссоздать телесные ощущения. Пациенты, испытавшие респираторный дистресс (например, после заражения COVID-19) может испытывать беспокойство, когда замечает одышки. У некоторых это может вызвать панические атаки. Пациентов, которые испытывают только панику в ответ на триггеры, связанные с травмой, можно лечить с помощью распознавания и различения триггеров по модели «Тогда против Сейчас». Для тех, у кого развилось паническое расстройство, когда панические атаки возникают неожиданно и сопровождаются катастрофическими мыслями, требуются дополнительные техники когнитивной терапии для панического расстройства.

*Кришнан поступил в отделение интенсивной терапии с острым респираторным заболеванием. Он изо всех сил пытался дышать, и поверил, что он скоро умрет. Впоследствии, Кришнан начал испытывать панику, если что-то любым образом ограничивало его дыхание, например, если что-нибудь касалось его лица (что напомнило ему кислородную маску), или если он запыхался во время упражнений. Его терапевт научил его использовать техники «Тогда против Сейчас», и они практиковали это во время тренировки, прикрыв руками лицо во время и после бега на месте.*

**Ознакомительные посещения**

На момент написания статьи отделения интенсивной терапии ограничивают количество посетителей из-за пандемии COVID-19, и посещение объектов невозможно. Однако в обычных обстоятельствах отделения интенсивной терапии часто рады помочь в ознакомительном посещении отделений по предварительной договоренности. Возвращение в отделение интенсивной терапии особенно полезно, если ранее имел место делирий, для поиска обновленной информации (например, медсестры пытаются помочь людям, а не вредить им), а также подсказок для понимания источников появления галлюцинаций. Также можно поговорить с персоналом, который лечил пациента и зачастую может помочь заполнить пробелы в памяти и найти информацию для пересмотра убеждений в отношении произошедшего.

Если вы не можете вернуться лично, или в качестве шага перед посещением in vivo, попробуйте посетить виртуальный сайт. Территорию рядом с больницей можно повторно виртуально посетить с помощью Google Street View, а изображения интерьера больницы можно найти в Интернете. В Интернете также доступны видеотуры по отделениям интенсивной терапии, например на Веб-сайте больницы Челси и Вестминстера (https://www.chelwest.nhs.uk/services/supportservices/intensive-care-unit-icu/video-tour)

**Работа с оценками: общие когнитивные темы**

Так же как и с использованием когнитивных стратегий для проведения оценок ситуации во время травмы (включая обновление «горячих точек»), мы также работаем над оценками, сделанными после травмы. Опять же, они носят личный характер и идиосинкразичны для пациента, но некоторые темы являют довольно распространенными, а именно:

**Представления о психическом заболевании из-за переживаний делирия**

Иногда медицинскими работниками используется термин «психоз в отделении интенсивной терапии», что может создать у пациентов у пациентов впечатление о том, что них развилось психотическое заболевание. У других есть определенные убеждения или опасения по поводу психической болезни, которые могут усугубляться симптомами ПТСР, например «Эти возвращающиеся воспоминания («флешбэки») означают, что я навсегда потерял рассудок », или им может быть стыдно за то, как они вели себя во время лечения. Психообразование, которое мы уже описали, часто помогает преодолеть эти убеждения.

Кроме того, сбор дополнительной информации через беседу с экспертом (например, с сотрудником подразделения интенсивной терапии), прочтение информации о делирии или проводя опрос на форумах пациентов, таких как Веб-сайт ICU Steps, может помочь обратиться к соответствующим убеждениям. Мы также используем поведенческие эксперименты для проверки убеждений, таких как «Я не могу доверять своему разуму», например, через технику с попыткой преднамеренно «сойти с ума».

**Убеждения о постоянных (устойчивых) изменениях**

Также распространены убеждения, связанные с другими типами устойчивых изменений, например «Моя жизнь никогда не будет прежней» и « Я больше не прежний Я». Они часто усугубляются физическими или физическими недостатками, изменениями образа жизни и потерями, вызванными болезнью или травмой, которые следует признавать и «оплакивать». Часто пациенты очень сосредоточены на том, что изменилось, и меньше осведомлены о том, что осталось по-прежнему, поэтому полезным упражнением может быть обсуждение того, какие аспекты личности и их жизни не потеряны и могут быть восстановлены. Например, могли произойти внешние физические изменения, а не поменялись фундаментальные аспекты чьей-либо идентичности, такие как их характер, личность, друзья, семья и ценности. Мы также можем определить и оспорить убеждения, связанные с утратой уверенности в собственных силах («Мне больше нельзя доверять заботиться о своей семье»).

Шрамы и другие физические изменения могут быть триггерами воспоминаний о травмах, что еще больше усугубляет тяжесть ощущаемых изменений. Мы используем такие методы, как фото- и видеосвязь, чтобы дать реалистичное видение физических изменений, и побудить пациентов уменьшить стратегии избегания в отношении пострадавших частей их тела, таких как втирание лосьона на шрамы каждый день. Убеждения о том, как другие просмотреть их изменения во внешности или способностях можно с помощью исследований, в том числе таких, которые включают просмотр фотографий шрамов пациента и других людей, а также поведенческие эксперименты, когда пациенты позволяют другим видеть свои шрамы. По нашему опыту, опросы и эксперименты часто показывают, что люди проявляют любопытство в отношении шрамов и других физических недостатков, могут посмотреть на них на короткое время, но не находят их отвратительными или отталкивающими.

**Беспокойство о здоровье**

По понятным причинам пациенты могут бояться снова заболеть и испытывать повышенное чувство уязвимости, которое также может распространяться на опасения за благополучие своих близких. Как и другие виды оценки рисков, мы используем управляемое открытие и советы экспертов (например, медицинской бригады пациента), чтобы рассчитать реальную вероятность снова тяжело заболеть. Эта вероятность может быть несколько выше среднего для пациентов с текущими заболеваниями, но зачастую не так высока, как опасаются пациенты. Медики также могут посоветовать соответствующие меры профилактики, чтобы избежать дальнейшее заболевание (например, ведение здорового образа жизни в целом), и дать разъяснения, какие меры предосторожности не являются необходимыми (например, постоянная проверка симптомов или сканирование тела).

**Вина, связанная с выживанием**

Пациенты интенсивной терапии часто знают о других умирающих в палате, и некоторые сообщают о чувстве вины за то, что они выжили, когда другие нет. Высокий уровень смертности от COVID-19, в том числе среди персонала, может означать, что эта оценка особо распространена среди этих пациентов. Некоторые пациенты считают, что они каким-то образом несут ответственность за смерть другого пациента, например, забирая у них ресурсы. Для других вина связана с общими убеждениями о справедливости, поскольку, например, их выживание нарушило неписаные правила, согласно которым мир должен быть справедливым, и что все происходит по какой-то причине. В процессе лечения мы можем обратиться к оценкам в относительно ответственности и убеждениям, таким как «я занял их место» или «другой человек был более достоин жизни, чем я», и ищем альтернативные объяснения их выживания, такие как «другой человек был просто в более плохом состоянии» и «никто не заслуживал смерти, включая меня». Опросы могут быть полезны для сбора других мнений, а также можно работать над развитием сострадания к себе и уменьшением размышлений.

**Убеждения о плохом обращении и недоверие к медицинским работникам**

Некоторые пациенты сообщают, что они недовольны своим лечением. Это колеблется от незначительных опасений по поводу отсутствия связи или доступности персонала до жалоб на клиническую (врачебную) халатность или злоупотребление служебным положением. Вмешательства включают в себя предоставление человеку возможности выразить свои болезненные переживания (включая письменное гневное письмо, которое не отправляется), осторожно исследуя любые области недопонимания или неправильных оценок (особенно в случае делирия), анализ возможных причин предполагаемых неудач (например, невнимательность из-за загруженности палат и долгого рабочего дня), фасилитирующее общение с командой интенсивной терапии для решения проблем и, при необходимости, помощь пациентам в подаче официальной жалобы. Также может быть полезно рассмотреть преимущества и недостатки удержания гнева и помощь пациентам в уменьшении руминации.

В некоторых случаях пациентов ставят более общие вопросы, связанные с доверием медицинским работникам. Важно их прорабатывать, поскольку это может помешать доступу к лечению, что может иметь решающее значение для их продолжающегося выздоровления и может повлиять на терапевтические отношения. Здесь может быть полезно спросить у пациента перечислить всех медицинских работников, с которыми он когда-либо встречался (обычно много), и определить, какие из них были ненадежными или некомпетентными (обычно меньшинство).

Облегчение способов сбора информации от медицинских работников, например, через опросы и онлайн-исследования могут помочь преодолеть такие убеждения, как «они не заботятся о своих пациентах».

**Работа с проблемой поддерживающего поведения/ когнитивных стратегий**

Вполне объяснимо, что у пациентов развиваются поведение и когнитивные стратегии, направленные на то, чтобы попытаться уменьшить чувство угрозы, которая является центральной в опыте ПТСР. После интенсивной терапии обычно развиваются: чрезмерная защита других людей, проверки, внутреннее сканирование на предмет симптомов, руминации и избегание напоминающих стимулов, таких как осмотр или прикосновение к шрамам, а также избегание действий, которые считаются опасными, например плавание, ходьба или другая физическая активность. В терапии мы обращаем внимание на роль, которую эти стратегии играют в поддержании посттравматического стрессового расстройства, производим реструктурирование связанных убеждений (например, касающихся риска) и проводим поведенческие эксперименты (в том числе во время сеансов терапии), чтобы продемонстрировать соответствующие эффекты их поведения, например, увеличение и последующее уменьшение соответствующих действий (см. пример Марии ниже). Мы призываем пациентов поэкспериментировать, отказавшись от своего поведения в качестве домашнего задания, чтобы проверить связанные с ним убеждения. Например, тот, кто избегает упражнений из-за опасения, что одышка приведет к тому, что ему потребуется госпитализация, может поэкспериментировать с помощью периодических легких упражнений, которые поддерживают дыхательные процессы, чтобы проверить, не заболеют ли они снова. Любые опасения по поводу текущих рисков для физического здоровья должны быть согласованы с медицинской бригадой пациента.

*Мария выработала ряд моделей проверяющего (контролирующего) поведения после неотложной госпитализации и последующего нахождения в реанимации. Несмотря на то, что врач сказал ей, что в этом нет необходимости, Мария каждое утро измеряла свою температуру и кровяное давление. Она руминировала в отношении предупреждающих признаков, которые, по ее мнению, ей следовало бы заметить еще до ее болезни. Во время терапии Мария согласилась на поведенческий эксперимент, чтобы проверить влияние этого поведения на ее тревогу. Первую половину недели проверяла свою температура и артериальное давление несколько раз в день и руминировала над предупреждающими признаками. Во вторую половину недели она не проверяла, а приступала к шагам по восстановлению своей жизнедеятельности каждый раз, когда она замечала, что начинает руминировать. Мария обнаружила, что ее тревога была немного выше в первый день, когда она не провела проверки, и ее сознание возвращалось к этому в течение дня. Однако на второй день она почувствовала меньшее беспокойство и не почувствовала себя хуже. Она поняла, что ее совладающее поведение подпитывало ее беспокойство, хотя оно и не требовалось, чтобы оставаться здоровым.*

**Некоторые дополнительные положения**

**Ваша терапевтическая среда**

Имейте в виду, что организационные аспекты (setting) вашей терапии могут служить триггером для пациентов, перенесших ОИТ, особенно если вы работаете в больнице. С самого начала внедрите различение «Тогда против Сейчас» и будьте готовы изменить отдельные элементы обстановки и одежду, чтобы пациенту было удобнее. Приемы по видеоконференцсвязи или телефонные сеансы следует предлагать пациентам, которые не могут присутствовать на личных встречах, особенно если у них есть постоянные проблемы со здоровьем или инвалидность. Если Вы работаете удаленно, попросите пациента подготовить подходящую домашнюю терапевтическую среду. Например, во время сеанса им следует обеспечить наличие рядом с собой стимулов, напоминающих о присутствии «здесь и сейчас» (например, ароматы, отличающихся от больничных запахов, постреанимационные фотографии приятного дня, проведенного с близкими, сладкое или мятное для обеспечения другого вкуса), также необходимо убедиться, что в помещении обеспечены покой и тишина для беседы, а потом будет организовано что-то приятное и расслабляющее.

**Терапевтические отношения**

Как медицинские работники, мы сами можем быть триггером для наших пациентов. Кроме того, убеждения о доверии к другим и полученные разочарование или игнорирование могут повлиять на терапевтические отношения. Важно решить эти проблемы как можно раньше, чтобы предотвратить прекращение терапии и разработать терапевтические отношения, которые кажутся безопасными, уважительными, совместными и поддерживающими. Еще одно важное замечание: необходимо обеспечить такую же глубокую эмпатию в отношении воспоминаний о травмах, представляющих собой бредовые состояния сознания и галлюцинации, как в отношении «реальных» травматических событий. Иногда они выглядят странными, и поэтому над пациентами могли смеяться или отвергать их, когда они уже сообщали о них ранее.

Однако они часто бывают довольно устрашающими, а иногда и постыдными, и пациент испытал их на тот момент как вполне реальные. Полезное мысленное упражнение - представить, если галлюцинации были бы реальными событиями, то они были бы одними из самых беспокоящих, с которыми мы когда-либо сталкивались.

**Вовлечение семьи и партнеров**

Часто бывает полезно вовлечь семью, друзей и партнеров в терапию, особенно после травмы, полученной в ОИТ, поскольку социальная поддержка во время и после интенсивной терапии является фактором защиты от ПТСР (Deja et al., 2006).

Поддерживающие терапию лица могут помочь разными способами, в том числе восполнить пробелы в памяти, помочь объяснить путаные воспоминания, способствовать восстановлению жизненной активности и сопровождать пациентов в поведенческих экспериментах и при ознакомительных визитах, если терапевт не может это сделать. Следует иметь в виду, что ПТСР часто встречается у членов семей пациента после ОИТ (Jones et al., 2004) и осуществляемый ими неформальный уход также сопряжен с риском возникновения психологических проблем (van den Born-van Zanten et al., 2016). При необходимости члены семьи могут быть направлены на лечение или для получения других форм поддержки, таких как интернет-форумы и группы поддержки.

**Выражение признательности.** Авторы выражают благодарность всей Wellcome Trust Anxiety Disorders group за помощь в разработке КТ ПТСР и нашим пациентам с ПТСР после ОИТ за улучшение нашего понимания этой проблемы.

**Финансовая поддержка.** Авторы финансировались грантом Wellcome Trust 200796 (присужден A.E. и D.M.C.) и the Oxford  
Health NIHR Biomedical Research Centre. Выраженные взгляды принадлежат авторам, и это не означает что они принадлежат Национальной службе здравоохранения, NIHR или Департаменту здравоохранения.

**Конфликт интересов.** Отсутствует

**Ключевые практические выводы**

(1) У менее чем половины пациентов, которые лечились в отделениях интенсивной терапии, разовьются симптомы посттравматического стрессового расстройства.

(2) Этим пациентам следует предлагать основанное на доказательствах психологическое лечение посттравматического стрессового расстройства, такое как когнитивная терапия посттравматического стрессового расстройства.

(3) Можно использовать все стратегии лечения при КТ ПТСР, включая работу по обновлению (актуализации) воспоминаний о травмах, даже если есть провалы в памяти, или они включают галлюцинации или бред.

(4) Помогать пациентам осмыслить свой опыт и устранять убеждения, связанные с травмой, являются важными частями лечения.

(5) При лечении необходимо учитывать взаимосвязанные проблемы с физическим здоровьем.

(6) Навязчивые воспоминания о травме способствуют негативной оценке физических последствий травмы, когда они обнаруживаются другими, что можно прорабатывать с помощью видео-отзывов и опросов.

**Дополнительная литература**

Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. Behaviour Research and Therapy, 38,319–345.

Wade, D., Hardy, R., Howell, D., & Mythen, M. (2013). Identifying clinical and acute psychological risk factors for PTSD after critical care: a systematic review. Minerva Anestesiologica, 79, 944–963.

**Ссылки**

American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th edn). Washington, DC,USA: American Psychiatric Association.

Bienvenu, O. J., Gellar, J., Althouse, B. M., Colantuoni, E., Sricharoenchai, T., Mendez-Tellez, P. A., : : : & Needham, D.M. (2013). Post-traumatic stress disorder symptoms after acute lung injury: a 2-ear prospective longitudinal study.  
Psychological Medicine, 43, 2657–2671.

Colville, G., Kerry, S., & Pierce, C. (2008). Children’s factual and delusional memories of intensive care. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 177, 976–982.

Davydow, D. S., Gifford, J. M., Desai, S. V., Needham, D. M., & Bienvenu, O. J. (2008). Posttraumatic stress disorder ingeneral intensive care unit survivors: a systematic review. General Hospital Psychiatry, 30, 421–434.

Deja, M., Denke, C., Weber-Carstens, S., Schröder, J., Pille, C. E., Hokema, F., : : : & Kaisers, U. (2006). Social supportduring intensive care unit stay might improve mental impairment and consequently health-related quality of life in survivors of severe acute respiratory distress syndrome. Critical Care, 10, R147.

Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. Behaviour Research and Therapy, 38, 319–345.

Ehlers, A., Clark, D. M., Hackmann, A., McManus, F., & Fennell, M.(2005). Cognitive therapy for post-traumatic stressdisorder: development and evaluation. Behaviour Research and Therapy, 43, 413–431.

Ehlers, A., Clark, D. M., Hackmann, A., McManus, F., Fennell, M., Herbert, C., & Mayou, R. (2003). A randomized controlled trial of cognitive therapy, a self-help booklet, and repeated assessments as early interventions for posttraumatic stress disorder. Archives of General Psychiatry, 60, 1024–1032.

Ehlers, A., Grey, N., Wild, J., Stott, R., Liness, S., Deale, A., : : : & Clark, D. M. (2013). Implementation of cognitive therapy for PTSD in routine clinical care: effectiveness and moderators of outcome in a consecutive sample. Behaviour Research and Therapy, 51, 742–752.

Ehlers, A., Hackmann, A., Grey, N., Wild, J., Liness, S., Albert, I., : : : & Clark, D. M. (2014). A randomized controlled trial of 7-day intensive and standard weekly cognitive therapy for PTSD and emotion-focused supportive therapy. American Journal of Psychiatry, 171, 294–304.

Elliott, R., McKinley, S., Fien, M., & Elliott, D. (2016). Posttraumatic stress symptoms in intensive care patients: an exploration of associated factors. Rehabilitation Psychology, 61, 141–150.

Girard, T. D., Shintani, A. K., Jackson, J. C., Gordon, S. M., Pun, B. T., Henderson, M. S., : : : & Ely, E. (2007). Risk factors for post-traumatic stress disorder symptoms following critical illness requiring mechanical ventilation: a prospective cohort study. Critical Care, 11, R28.

Intensive Care National Audit and Research Centre (ICNARC) (2019). Key statistics from the Case Mix Programme – adult, general critical care units. 1 April 2018 to 31 March 2019. Retrieved from: <https://www.icnarc.org/Our-Audit/Audits/Cmp/Reports/Summary-Statistics>

Intensive Care National Audit and Research Centre (ICNARC) (2020). ICNARC report on COVID-19 in critical care 10 April 2020. Retrieved from: <https://www.icnarc.org/Our-Audit/Audits/Cmp/Reports>

Jones, C., Griffiths, R. D., Humphris, G., & Skirrow, P. M. (2001). Memory, delusions, and the development of acute posttraumatic stress disorder-related symptoms after intensive care. Critical Care Medicine, 29, 573–580.

Jones, C., Skirrow, P., Griffiths, R. D., Humphris, G., Ingleby, S., Eddleston, J., : : : & Gager, M. (2004). Post-traumatic stress disorder-related symptoms in relatives of patients following intensive care. Intensive Care Medicine, 30, 456–460.  
Kiekkas, P., Theodorakopoulou, G., Spyratos, F., & Baltopoulos, G. I. (2010). Psychological distress and delusional memories after critical care: a literature review. International Nursing Review, 57, 288–296.

Kress, J. P., Gehlbach, B., Lacy, M., Pliskin, N., Pohlman, A. S., & Hall, J. B. (2003). The long-term psychological effects of daily sedative interruption on critically ill patients. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 168, 1457–1461.

Morrissey, M., & Collier, E. (2016). Literature review of post-traumatic stress disorder in the critical care population. Journal of Clinical Nursing, 25, 1501–1514.  
National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2009). Rehabilitation after critical illness in adults. (Clinical Guideline CG83). https://www.nice.org.uk/guidance/cg83  
National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2018). Post-Traumatic Stress Disorder (NICE Guideline NG116). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116>

Parker, A. M., Sricharoenchai, T., Raparla, S., Schneck, K. W., Bienvenu, O. J., & Needham, D. M. (2015). Posttraumatic stress disorder in critical illness survivors: a meta-analysis. Critical Care Medicine, 43, 1121–1129.

Paparrigopoulos, T., Melissaki, A., Tzavellas, E., Karaiskos, D., Ilias, I., & Kokras, N. (2014). Increased co-morbidity of depression and post-traumatic stress disorder symptoms and common risk factors in intensive care unit survivors: a twoyear follow-up study. International Journal of Psychiatry in Clinical Practice, 18, 25–31.

Rattray, J., Crocker, C., Jones, M., & Connaghan, J. (2010). Patients’ perceptions of and emotional outcome after intensive care: results from a multicentre study. Nursing in Critical Care, 15, 86–93.

Tilouche, N., Hassen, M. F., Ali, H. B. S., Jaoued, O., Gharbi, R., & El Atrous, S. S. (2018). Delirium in the intensive care unit: Incidence, risk factors, and impact on outcome. Indian Journal of Critical Care Medicine, 22, 144–149.

Ullman, A. J., Aitken, L. M., Rattray, J., Kenardy, J., Le Brocque, R., MacGillivray, S., & Hull, A. M. (2015). Intensive care   
diaries to promote recovery for patients and families after critical illness: a Cochrane systematic review. International Journal of Nursing Studies, 52, 1243–1253.  
Valsø, Å., Rustøen, T., Skogstad, L., Schou-Bredal, I., Ekeberg, Ø., Småstuen, M. C., : : : & Tøien, K. (2020). Posttraumatic stress symptoms and sense of coherence in proximity to intensive care unit discharge. Nursing in Critical Care, 25, 117–125.  
van den Born-van Zanten, S., Dongelmans, D. A., Dettling-Ihnenfeldt, D., Vink, R., & van der Schaaf, M. (2016).

Caregiver strain and posttraumatic stress symptoms of informal caregivers of intensive care unit survivors. Rehabilitation Psychology, 61, 173–178.

Wade, D. M., Brewin, C. R., Howell, D. C., White, E., Mythen, M. G., & Weinman, J. A. (2015). Intrusive memories of hallucinations and delusions in traumatized intensive care patients: an interview study. British Journal of Health Psychology, 20, 613–631.

Wade, D., Hardy, R., Howell, D., & Mythen, M. (2013). Identifying clinical and acute psychological risk factors for PTSD after critical care: a systematic review. Minerva Anesthesiologica, 79, 944–963.

Wade, D. M., Howell, D. C., Weinman, J. A., Hardy, R. J., Mythen, M. G., Brewin, C. R., : : : & Raine, R. A. (2012).

Investigating risk factors for psychological morbidity three months after intensive care: a prospective cohort study. Critical Care, 16, R192.

Wade, D. M., Mouncey, P. R., Richards-Belle, A., Wulff, J., Harrison, D. A., Sadique, M. Z., : : : & Als, N. (2019). Effect of a nurse-led preventive psychological intervention on symptoms of posttraumatic stress disorder among critically ill patients: a randomized clinical trial. JAMA, 321, 665–675.

World Health Organization (2018). International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th revision). https://icd.who.int/en