



Личность в экстремальных условиях

Александр Иванов, Наталья Жуматий

РЕАБИЛИТАЦИЯ ЛИЧНОСТИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ, ПОСТРАДАВШИХ В БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЯХ

Всеармейский
реабилитационный
центр

Вот уже десять лет (с декабря 1994 г.) продолжается война на Северном Кавказе, официально обозначенная как контртеррористическая операция по восстановлению конституционного порядка в Чеченской Республике. Потери Российской армии в ней вполне сопоставимы с потерями Советской армии в Афганистане. Тысячи погибших, десятки тысяч раненых, сотни тысяч участников боевых действий и миллионы родственников, в семьи которых вернулись вчерашние участники этой войны, представляют собой огромный фронт работы для врачей, психотерапевтов и психологов. В этой связи для специалистов, сталкивающихся в своей практике с последствиями посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР), полезен опыт коллектива 6-го Центрального военного клинического госпиталя (ЦВКГ) – крупнейшего в стране и в мире многопрофильного реабилитационного центра. Первый опыт проведения социально-психологической реабилитации военнослужащих, получивших тяжелые ранения и увечья при выполнении служебного долга, был получен коллективом 6 ЦВКГ сразу же после его открытия в 1990 г., когда в госпиталь поступили для реабилитации участники боевых действий в Афганистане. С этого времени и стала

формироваться основная концепция в перспективном развитии госпиталя как Всеармейского реабилитационного центра.

К январю 1995 г. более 600 участников боевых действий в Афганистане прошли социально-психологическую реабилитацию в стенах госпиталя, и большая часть из них в отделении психофизиологической реабилитации. С началом боевых действий с Чеченской республике в декабре 1994 г. связан новый этап в совершенствовании стратегии и тактики лечебно-восстановительных и социально-психологических мероприятий по возвращению в строй участников боевых действий. Существенные различия в контингенте поступающих раненых были отмечены с первых же дней начала боевых действий: если основную его часть на *первом этапе* (1995–1997 гг.) составляли молодые офицеры, то на *втором этапе* (1999–2003 гг.) три четверти раненых из общего потока были солдатами и сержантами контрактной службы и по призыву.

Стратегия
реабилитации

При определении стратегии социально-психологической реабилитации раненых мы исходили из того, что это, прежде всего, определенный комплекс психологических мероприятий и система социальной деятельности, направленные на восстановление функционального состояния организма, нормализацию эмоциональной, морально-нравственной и мотивационной сфер личности, достижение оптимального уровня личностной адаптации и профессионально важных качеств военнослужащего, обеспечивающих его военно-профессиональную работоспособность.

Основные задачи социально-психологической реабилитации: *оценка* психофизиологического состояния пострадавших, определение качества и степени психоэмоционального расстройства; *определение* оптимальных путей и методов психологического воздействия, направленных на восстановление оптимальной работоспособности; *формирование* оптимальной психологической реакции на течение и последствия ранения; *изучение* динамики психических нарушений в процессе лечения; *оценка* физической, сенсорной и интеллектуальной работоспособности, сопоставление их с номинальными показателями профессиональной работоспособности и восстановление утраченных психических функций; *коррекция* психосоматического статуса методами психотерапевтических, психофизиологических и психофармакологических воздействий; *осуществление* профессиональной реабилитации, а при необходимости – профессиональной переориентации; *коррекция* самосознания, самооценки и самочувствия; *оказание*

Принципы
реабилитации

помощи в подготовке к повторным хирургическим операциям и купировании болевых ощущений.

Стратегия социально-психологической реабилитации, безусловно, потребовала соблюдения основных ее принципов:

1. *Профессиональность.* Мероприятия должны проводить врачи и психологи, имеющие специальную подготовку по оценке функционального состояния человека и владеющие методами социально-психологической коррекции и психологического обследования.

2. *Обоснованность.* Подбор надежных, доступных и оптимальных методов медико-психологической реабилитации, проверенных многолетней практикой с учетом особенностей функционального состояния соматической и психической сфер раненых и назначенной лечащим врачом терапии.

3. *Индивидуальный подход.* Учет уровня снижения профессионально важных качеств, наличия патохарактерологических изменений личности, восприимчивости и переносимости различных медико-психологических методов.

4. *Непрерывность и оптимальная длительность.* Начало с момента поступления в госпиталь и продолжение до нормализации функционального состояния и восстановления профессионально важных качеств.

Соотнесение всех мероприятий, проводимых в рамках *первого этапа* социально-психологической реабилитации раненых с перечисленными выше принципами позволило в относительно короткие сроки и с высокой эффективностью за период с 1995 по 1998 г. восстановить здоровье и социально-психологический статус 457 раненым, прибывшим на реабилитацию. После официального прекращения боевых действий на территории Чеченской Республики госпиталь работал еще год, пока не был восстановлен последний раненый, поступивший из этого региона.

Пролонгированный
стресс

Поскольку живой организм биологически не запрограммирован переносить массивные психические травмы, период реабилитации у значительной части раненых, получивших тяжелые ранения в Чеченской Республике, характеризуется *пролонгированным психоэмоциональным стрессом*, обусловленным выраженной психической травмой, негативными последствиями для личности ампутации конечностей, а также личностными качествами.

Для обозначения расстройств, возникающих у лиц, перенесших психическую травму, в 1980 г. понятие «*посттравматические стрессорные расстройства*» (ПТСР) было принято как отчетливая и обоснованная диагности-

ческая категория. Посттравматические стрессовые расстройства можно определить как состояние, которое развивается у человека, испытавшего эмоциональный или физический стресс достаточной выраженности, способный быть травматичным практически для любого человека.

Возникновение
ПТСР

Для возникновения ПТСР необходимо, чтобы человек испытал действие стрессора, выходящего за рамки обычного человеческого опыта и способного вызвать дистресс. К такого рода стрессорам мы относим серьезную угрозу для жизни или физической целостности, вынужденное убийство (ранение) человека, серьезное физическое повреждение (ранение), смерть или калечащее ранение сослуживца.

Три констелляции

Воздействие экстремального стрессора приводит к манифестации ПТСР в виде трех констелляций: интрузии, избегания и гиперактивности.

Манифестация
интрузии

Интрузия. Травматическое событие постоянно переживается одним из следующих образов:

1 – периодические навязчивые дистрессирующие воспоминания травмирующих событий;

2 – периодически повторяющиеся кошмарные сновидения;

3 – неожиданные ощущения того, что травматические события как бы вновь переживаются (ощущение обострения в памяти и переживаниях травматических событий, иллюзии, галлюцинации, диссоциативные эпизоды), возникающие как в состоянии бодрствования, так и опьянения;

4 – интенсивный психологический дистресс под воздействием событий, символизирующих или имеющих сходство с аспектами травматических событий (например, годовщина травмы).

Манифестация
избегания

Избегание. Постоянное избегание стимулов, связанных с травмой; возникновение эмоционального оскудения; чувство безразличия к другим людям, что проявляется, по крайней мере, тремя из следующих расстройств:

1 – умышленные усилия избегать мыслей или чувств, связанных с травмой;

2 – попытки избегать каких-либо действий или ситуаций, способных стимулировать воспоминания о травме;

3 – неспособность вспомнить важный аспект травмы (психическая амнезия);

4 – снижение интереса к значимым ранее для данного человека видам активности;

5 – чувство отчуждения к окружающим;

6 – снижение способности к сопереживанию и душевной близости с другими людьми;

7 – ощущение «укороченного будущего» (неуверенность в будущей карьере, женитьбе или продолжительности жизни).

Манифестация
гиперактивности

Гиперактивность, проявляющаяся, по крайней мере, двумя из следующих моментов:

- 1 – трудности засыпания или поверхностный сон;
- 2 – повышенная раздражительность или вспышки гнева;
- 3 – трудности с концентрацией внимания;
- 4 – повышенная бдительность;
- 5 – избыточная реакция на внезапные раздражители;
- 6 – повышенный уровень физиологической реактивности на события, символизирующие или напоминающие аспекты травматического события.

Длительность первичных симптомов – по крайней мере, шесть месяцев.

Вторичные
симптомы ПТСР

К вторичным симптомам ПТСР, наблюдаемым у пациентов многие годы, *относят*: депрессию, тревогу, импульсивное поведение, алкоголизм (токсикоманию), соматические проблемы, нарушение чувства времени, нарушение ЭГО-функционирования.

Практика работы врачей и психологов госпиталя по реабилитации раненых позволила выявить *типы психической дезадаптации* у раненых, показателем которых является целостная стратегия поведения.

Первый тип – активно-оборонительный (преимущественно адаптированный). Отмечается либо адекватная оценка тяжести ранения, либо тенденция к его игнорированию. Наблюдаются невротические расстройства.

Второй тип – пассивно-оборонительный (дезадаптация с интрапсихической направленностью). В его основе – отступление, примирение с последствиями ранения. Характерны тревожно-депрессивные и ипохондрические тенденции. Снижена потребность бороться за выживание.

Третий тип – деструктивный (дезадаптация с интерпсихической направленностью). Характерно нарушение социального функционирования. Наблюдаются внутренняя напряженность, дисфория. Часто отмечаются конфликты, взрывное поведение. Для разрядки отрицательных аффектов пациенты прибегают к алкоголю, наркотикам, агрессивным действиям и суицидальным попыткам.

Психопатологические
симптомо-
комплексы

Опишем разнообразные психопатологические *симптомокомплексы*, наблюдаемые у раненых. *Астенический* симптомокомплекс выражен характерной возбудимостью и раздражительностью на фоне повышенной утомляемости и истощаемости, эмоциональной слабостью, пониженным настроением, обидчивостью. *Обсессивно-фобический*

симптомокомплекс проявляется чувствами немотивированной тревоги и страха, навязчивыми воспоминаниями психотравмирующего события. *Истерический* симптомокомплекс проявляется в повышенной внушаемости и самовнушаемости, стремлении привлечь к себе внимание, демонстративный характер поведения. *Депрессивный* симптомокомплекс проявляется в пониженном настроении, чувстве пессимизма. *Эксплозивный* симптомокомплекс проявляется в повышенной раздражительности, взрывчатости, злобности и агрессивности. *Психоорганический* симптомокомплекс, как правило, развивается у пострадавших, перенесших черепно-мозговую травму (астения, дисфория, нарушения памяти, эмоциональные расстройства, нарушения сна).

Боевой стресс

Этиологическим фактором психосоматической патологии у раненых является боевой стресс. Участие в боевых действиях рассматривается как стрессор, травматичный практически для любого человека. В отличие от других стрессоров, участие в войне является пролонгированной психотравматизацией и сопровождается *комплексным влиянием ряда факторов*: 1 – ясно осознаваемое чувство угрозы для жизни, так называемый биологический страх смерти, ранения, боли, инвалидизации; 2 – ни с чем не сравнимый стресс, возникающий у человека, непосредственно участвующего в боевом действии; наряду с этим появляется психоэмоциональный стресс, связанный с гибелью на глазах товарищей по оружию или с необходимостью убивать человека, пусть и противника; 3 – воздействие специфических факторов боевой обстановки (дефицит времени, ускорение темпов действий, внезапность, неопределенность, новизна); 4 – невзгоды и лишения (нередко отсутствие полноценного сна, особенности водного режима и питания); 5 – характерный для Чеченской Республики климат горной местности (гипоксия, жара, повышенная инсоляция).

В свете современных представлений *стресс* представляет собой совокупность стереотипных, филогенетически запрограммированных реакций организма при воздействии на него экстремальных факторов.

Акцентуация характера

Врачи и психологи госпиталя отмечали наличие у раненых на начальном этапе лечения некоторых *акцентуаций характера*: повышенной ситуационной тревожности, настороженности и подозрительности, сниженной способности контролировать свои эмоции и необходимости в групповой поддержке. Наблюдаемое явление можно охарактеризовать как ответную реакцию личности на экстремальную ситуацию ранения, что предполагает использование

методов психологической коррекции с ранних этапов лечения. Наибольшие изменения психологических показателей отмечаются у военнослужащих, находившихся в условиях боевых действий более трех месяцев. Это соответствует утверждениям многих исследователей, которые в научных публикациях по данной проблеме показали, что у всех раненых, получивших боевые ранения во время локальных войн и вооруженных конфликтов, во всех случаях наблюдаются разной степени выраженности изменения психического состояния в виде реакций на эмоциональный и физический стрессы: от относительно кратковременного ощущения дискомфорта с разрозненными симптомами психоэмоционального напряжения до психопатологических расстройств невротического и психотического регистра. В психогенезе стрессогенных расстройств у раненых выделяют ряд детерминант, в том числе: предшествующее ранению фоновое психотравмирующее воздействие факторов боевой обстановки (длительность нахождения в боевой обстановке, интенсивность боев), индивидуальная реакция на витальную угрозу, психический и общий шок в момент ранения и другие.

У комбатантов со сроками лечения 30–50 суток выраженность личностных изменений отражается в коммуникативной сфере и морально-нравственной нормативности, т.е. за время длительного лечения у многих раненых формировались негативные психологические стрессовые реакции, большей частью имевшие демонстративный и оппозиционно-вызывающий характер.

Необходимость
целенаправленных
психокоррекцион-
ных мероприятий

Отмечаем, что у раненых в процессе комплексной медико-психологической реабилитации в условиях госпиталя достаточно быстро улучшается субъективное самочувствие, значительно уменьшается количество жалоб на состояние здоровья, снижается уровень ситуационной тревожности.

Однако в этот же период отмечено снижение показателей, свидетельствующих об уровне поведенческой регуляции реконвалесцентов, морально-нравственной нормативности и коммуникативных способностей личности. Лечащие врачи и психологи неоднократно отмечали, что у таких лиц зачастую возникали эксплозивные (взрывчатые) реакции по незначительному поводу или же, напротив, реконвалесценты надолго «уходят в себя», всячески избегая любых межличностных контактов. По мнению лечащих врачей, более 58 % находящихся на стационарном лечении комбатантов помимо обычного лечения нуждаются в целенаправленных психокоррекционных мероприятиях.

Этапы социально-психологической реабилитации

Суммирование отраженного в научных трудах практического опыта позволило выделить *три основных этапа* социально-психологической реабилитации:

1. *Диагностический* – оценка функционального состояния раненых, их психологических особенностей, определение уровня физиологических резервов систем организма и напряжения процесса психической адаптации. Определение степени и характера психоэмоциональных нарушений, отклонения и особенностей познавательных и психических способностей – памяти, внимания и мышления.

2. *Лечебно-восстановительный* – конкретизация индивидуального подхода, основанного на наличии психоэмоциональных нарушений раненого, осуществление подбора психотерапевтического воздействия с периодическим контролем динамики психического статуса и коррекции лечебных мероприятий.

3. *Профессионально-восстановительный* (социальная адаптация) – восстановление утраченных навыков с помощью специальных тренажеров – аппаратурных и компьютерных методик, определение степени восстановления профессиональной пригодности и работоспособности.

Комплекс мероприятий реабилитации

Основным содержанием перечисленных этапов стал *комплекс мероприятий* социально-психологической реабилитации, который представляется как неразрывное единство трех основных направлений: 1 – психофизиологические; 2 – психокоррекционные; 3 – социально-психологические. Остановимся отдельно на первых двух направлениях мероприятий.

Психофизиологические мероприятия

1. *Психофизиологические мероприятия* представляют собой диагностику и восстановление профессионально важных качеств с использованием психодиагностических компьютерных методик.

Комплексная психологическая диагностика раненых представляет собой совокупность взаимосвязанных процедур по выявлению фактов наличия психотравм, их идентификации и оценки. Все задачи по реализации этого направления были осуществлены коллективом лаборатории медико-психологических исследований и социально-трудовой реабилитации. В штат лаборатории входят психиатр, психотерапевт, клинический психолог, психолог-консультант и четыре медицинские сестры, прошедшие специальную подготовку по психологической диагностике и коррекции.

Все поступающие в госпиталь раненые (с 1995 г. по октябрь 2003 г. более 2350 человек) прошли обследо-

ние *сознательной части психики* с помощью методик: ММРІ, 16-факторного опросника Кеттелла, теста Айзенка, теста Лири, опросника Леонгарда-Шмишека, теста Лоби (отношение к болезни), теста УСК (уровень субъективного контроля), теста «Потребность в достижении», опросника САН (самочувствие, активность, настроение), опросника Спилбергера (личностная и реактивная тревожность) и других.

Диагностические мероприятия не ограничивались только обследованием *сознательной части психики*. Обследование *подсознательной части психики* проводилось с помощью методик: цветовой тест Люшера, проективные тестовые методики (рисунки), компьютерный анализ психики по методике профессора Смирнова (использование семантического дифференциала в режиме 25-го кадра).

По такой же программе каждый раненый прошел обследование при выписке из госпиталя. Изменения в количественных показателях выполненных методик и позволили судить о качестве и эффективности проводимых в госпитале мероприятий по социально-психологической реабилитации раненых.

Психокоррекционные мероприятия

2. В основу *психокоррекционных мероприятий* с ранеными легли следующие техники: суггестотерапия, рациональная психотерапия, гетеро- и ауторелаксационные техники, психологическое консультирование, психоанализ, трансактный анализ, психодрама, логотерапия и другие.

При реализации и применении перечисленных выше техник был использован основной принцип – учет индивидуально-психологических особенностей каждого раненого и соответствие их *основным задачам* психологической коррекции: снижение психоэмоционального напряжения; восстановление функционального состояния организма; восстановление морально-нравственной сферы; повышение характеристик личностного адаптационного потенциала; формирование стереотипа поведения для последующей профессиональной деятельности и личной жизни; развитие коммуникативных способностей; обучение основным методам психологической саморегуляции.

Дебрифинг стресса

Одной из самых эффективных техник психологической коррекции стал *дебрифинг стресса критических инцидентов* (психологический дебрифинг). Он представляет собой организованное обсуждение стресса, пережитого военнослужащими совместно при решении общей боевой задачи.

Целью дебрифинга ставится минимизация и купирование психических страданий военнослужащих. Достигается это путем неуклонного решения *задач*: проработка впечатлений, реакций и чувств военнослужащих; формирование у раненых понимания сущности происшедших событий и психотравматического опыта; уменьшение ощущения уникальности и патологичности собственных реакций путем обсуждения чувств и обмена переживаниями; мобилизация внутренних ресурсов, групповой поддержки, солидарности и понимания; снижение индивидуального и группового напряжения; подготовка к переживанию тех симптомов и реакций, которые могут возникнуть в последующем.

Основным психотерапевтическим механизмом дебрифинга является техника «Закрытия прошлого», которая позволила решить следующие задачи: 1 – уяснение при помощи группы своих межличностных отношений и поведения, возможность его оценки в различных ситуациях, корректировка самооценки на основе обратной связи в атмосфере эмоциональной открытости и доверия; 2 – снятие ореола исключительности личных психологических проблем; 3 – получение эмоциональной поддержки от других участников группы, имеющих общие проблемы и цели; 4 – апробация и освоение новых навыков поведения различных стилей межличностных отношений; 5 – разрешение имеющихся межличностных конфликтов.
