

## СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМИ СТРЕССОВЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

**Табашникова Наталья Александровна**

кандидат мед. наук, профессор  
Алтайский государственный медицинский университет  
Барнаул

**Филатова Татьяна Павловна**

Медицинский психолог неврологического отделения №3  
Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения  
«Алтайский краевой госпиталь для ветеранов войн»  
г. Барнаул

**Салдина Ирина Викторовна**

Врач-невролог, заведующая неврологическим отделением №3  
Краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения  
«Алтайский краевой госпиталь для ветеранов войн»  
г. Барнаул

**Харлова Алена Геннадьевна**

Заместитель начальника госпиталя по медицинской части  
Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения  
«Алтайский краевой госпиталь для ветеранов войн»  
г. Барнаул

### SOSIAL AND PSYCHOLOGICAL REHABILITATION OF COMBATANS WITH PTSD RASSTROYSTVAMIMI DISORDERS

*Tabashnikova Natalia Aleksandrovna, a candidate is honey, sciences, associate professor, Altaian state medical university Barnaul*

*Filatova Tatiana Pavlovna, Medical psychologist of neurological separation №3, Regional public budgetary institution of health protection «Altaian regional hospital for the veterans of wars», Barnaul*

*Caldina Irina Viktorovna, neurologist, head of neurological Department, Regional public budgetary institution of health protection «Altaian regional hospital for the veterans of wars» Barnaul*

*Kharlova Alain Gennadievna, Depchief of hospital on medical part, Regional public budgetary institution of health protection «Altaian regional hospital for the veterans of war» Barnaul*

#### АННОТАЦИЯ

На базе КГБУЗ «Алтайский краевой госпиталь для ветеранов войн» организована работа по психо-социальной реабилитации участников боевых действий. Она является важным средством интеграции лиц с ограниченными возможностями в социум. Основной задачей психо-социальной реабилитации является возможность развития, формирования, поддержание потенциальных способностей лиц с ограниченными возможностями здоровья в реализации всех социальных аспектов жизни через психологическую коррекцию, обучение, информирование и консультирование больных.

#### ABSTRACT

*On the basis of KGBUZ «Altai Regional Hospital for War Veterans» organized work on the psycho-social rehabilitation of combatants. It is an essential means of integration of persons with disabilities in society. The main task of psycho-social rehabilitation is the possibility of forming, maintaining the potential abilities of persons with disabilities in the implementation of all aspects of social life through psychological correction, training, information and counseling of patients.*

*Ключевые слова: реабилитация; участники боевых действий*

*Keywords: rehabilitation; participants of battle actions*

Термин реабилитация включает в себя систему государственных экономических, медико-социальных, профессиональных, педагогических, психологических и других мероприятий, направленных на предупреждение временной или стойкой утраты трудоспособности и на скорейшее возвращение больных и инвалидов в общество и к общественно полезному труду.

Исследование динамики психо-социальной ре-

билитации российских военнослужащих участников вооруженных конфликтов проводилось при финансовой поддержке РГНФ «Эффективность медицинской и социально-психологической реабилитации ветеранов боевых действий с посттравматическим стрессовым расстройством с использованием инновационных технологий», проект № 15-16-22001.

На базе КГБУЗ «Алтайский краевой госпиталь для

ветеранов войн» организована работа по психосоциальной реабилитации инвалидов и участников боевых действий, содействию их адаптации и интеграции в общество. Так же осуществляется комплексная экспертная, реабилитационная диагностика (психологическая, социально-бытовая, социально-средовая, профессиональная) отвечает современным принципам организации и осуществления реабилитационных мероприятий.

По результатам экспертно-реабилитационной диагностики, проводимой специалистами госпиталя, при необходимости с привлечением специалистов бюро медико-социальной экспертизы, определяется реабилитационный потенциал и прогноз, а так же потребность инвалида в различных видах реабилитационных мероприятий с целью социально-психологической, социально-бытовой, социально-средовой, социокультурной адаптации, многие из которых оказываются пациентам во время нахождения их на стационарном лечении в госпитале и, при необходимости, продолжают в амбулаторно-поликлинических условиях по месту жительства.

Для исследования инвалидов и участников боевых действий на индивидуально-психологическом уровне был использован следующий методический арсенал: опросник травматического стресса И.О. Котенёва, анкета оценки качества жизни «SF-36», опросник депрессии А. Бека, тест жизнестойкости (модиф. Леонтьева и Рассказовой), оценка психофизиологической выраженности внутреннего эмоционального напряжения на комплексе «Реакор», методы патопсихологической диагностики.

Необходимо отметить, что в исследовании приняли участие ветераны боевых действий в Афганистане и Чечне (1 и 2 кампании). Несмотря на длительность прошедшего времени, травматическое событие продолжает сказываться на психо-эмоциональном состоянии ветеранов, став хроническим. Так, согласно опроснику травматического стресса И.О. Котенёва, средний показатель выраженности посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) составил  $60,9 \pm 7,75$  баллов, что соответствует наличию отдельных симптомов данного расстройства. Такие результаты ещё раз подчеркивают необходимость проведения реабилитационных мероприятий не только в раннем восстановительном периоде после воздействия психотравмирующего события, но и в периоде отдалённом.

Для дальнейшего анализа особенностей психо-эмоциональной сферы был применен корреляционный анализ (коэффициент Пирсона), установивший значимый уровень взаимоизменяемости результатов опросника травматического стресса с другими методами психологического исследования.

Так, для ветеранов боевых действий характерна ( $p < 0,001$ ) умеренно выраженная депрессия ( $17,9 \pm 3,44$  балла), установленная с помощью опросника депрессии А. Бека. Они часто испытывают повышенное внутреннее эмоциональное напряжение ( $p < 0,001$ ), выразившееся в нестабильности кривой графика кожно-гальванической реакции (КГР) (средний уровень составил  $1,74 \pm 0,67$  у.е.), замеряемой при помощи комплекса «Реакор». Полученные данные подчеркивают, что хроническое ПТСР даже лёгкой выраженности говорит о постоянном воздействии стрессоров на чело-

века, в том числе и воспоминаний. Длительное воздействие стресса, согласно концепции стресса Г. Селье, приводит к депрессивному состоянию, что подтверждено различными исследованиями в этой области. В свою очередь, состояние депрессии проявляется во внутреннем эмоциональном напряжении, подавленности. Чем выше уровень депрессии и показатель КГР – тем более выражено ПТСР. Таким образом, выявив у ветерана боевых действий симптомы депрессии умеренной выраженности и выше, можно подозревать наличие хронического ПТСР. А психокоррекционные мероприятия, направленные на снижение внутреннего эмоционального напряжения и симптомов депрессии, позволят снизить выраженность ПТСР.

Отрицательная корреляционная связь была обнаружена между уровнем травматического стресса и показателем жизнестойкости, включая три её составляющие (во всех случаях  $p < 0,001$ ), а так же шкалой «Ментальное здоровье» «SF-36». Средний показатель жизнестойкости ветеранов боевых действий составил  $63,3 \pm 7,15$  баллов – на нижней границе нормы. Вовлечённость, как одна из составляющих жизнестойкости, по среднему баллу ( $27,57 \pm 4,0$ ) оказалась ниже нормы. Это характеризует ветеранов боевых действий как чувствующих себя вне жизни, отвергнутыми другими людьми, обществом. Остальные составляющие жизнестойкости, такие как контроль ( $23,67 \pm 2,86$ ) и принятие риска ( $12,1 \pm 2,02$ ) находятся в границах нормы, но так же имеют отрицательную корреляцию с ПТСР, как описано выше. Ментальное здоровье оценивается самими ветеранами низко ( $34,28 \pm 5,41\%$ ). Соответственно, чем выше уровень ПТСР, тем ниже жизнестойкость ветерана боевых действий, тем ниже он оценивает своё ментальное здоровье, и наоборот. Применение методов, позволяющих повысить показатель жизнестойкости у ветеранов боевых действий, даст возможность положительно изменить самооценку ментального здоровья и снизить выраженность посттравматического стрессового расстройства.

Патопсихологический анализ позволил констатировать наличие у ветеранов боевых действий признаки экзогенно-органического и психогенно-невротического патопсихологических симптомокомплексов, т.е. изменение психической деятельности сложного генеза. Экзогенно-органические изменение появляются у ветеранов боевых действий, как правило, вследствие черепно-мозговых травм (ЧМТ) и сосудистых заболеваний, прежде всего дисциркуляторной энцефалопатии. Основная особенность – повышенная истощаемость психической деятельности, которая проявлялась при проведении: таблиц Шульце (темп работоспособности с каждой таблицей все более и более замедляется), методики запоминания 10 слов (кривая носит зигзагообразный характер), методики исключения предметов, классификации предметов (непоследовательность суждений, – чередование конкретно-ситуативных и обобщённых умозаключений). Так же у ветеранов была отмечена повышенная психическая пресыщаемость, проявлявшаяся в отхождении от инструкции при длительной монотонной деятельности.

Признаки психогенно-невротического симптомокомплекса обусловлены наличием в анамнезе психотравмирующего события (в данном исследовании – участие в боевых действиях), отголоски которого про-

должают сказываться на состоянии человека. Выше нами описаны результаты проведенных опросников, подтверждающие наличие изменений невротического характера.

Так же в рамках патопсихологической диагностики была проведена методика изучения самооценки Дембо-Рубинштейн по следующим характеристикам: здоровье, ум, характер, счастье. Анализ показал, что 90% обследованных (27 человек), имеют заниженную самооценку по данным характеристикам, высокие идеалы по ним, которых не собираются достигать. Такие результаты еще раз подтверждают наличие невротических изменений в психике ветеранов боевых действий.

Согласно полученным данным, при построении программы социально-психологической реабилитации необходимо руководствоваться следующими принципами:

- Программа должна содержать методы по снижению внутреннего эмоционального напряжения;
- Методы программы должны снижать депрессивную симптоматику;
- Программа должна помочь ветеранам боевых действий повысить уровень жизнестойкости;
- Программа должна быть построена с учетом повышенной психической утомляемости и пресыщенности ветеранов боевых действий;
- В структуре программы должны быть методы, призванные повысить самооценку ветеранов боевых действий.

С учетом этих принципов, а так же достоверной высокой эффективности, нами было принято решение включить в программу медико-социально-психологической реабилитации следующее: методы когнитивно-поведенческой терапии, методы арт-терапии, обучение техникам саморегуляции с использованием биологической обратной связи на комплексе «Реакор».

Для определения эффективности программы все пациенты были поделены на две рандомизированные группы, в основной группе ветеранов боевых действий результаты психологического обследования значимо не отличались от результатов группы сравнения - по всем опросникам  $p > 0,5$  (применялся критерий  $\chi^2$ ). Основная группа на протяжении госпитализации (в среднем дней) проходила сеансы социально-психологической реабилитации. Обе группы в конце лечения снова проходили психологическое обследование. Результаты до и после сравнивались путем применения критерия  $\chi^2$ . В результате было установлено, что психо-эмоциональное состояние после реабилитации в основной группе улучшилось: повысилась оценка физического здоровья до  $51,2 \pm 4,3$  ( $p > 0,05$ ), ментального до  $34,7 \pm 4,9$  ( $p > 0,05$ ), выраженность ПТСР снизилась до  $57,2 \pm 12,4$  ( $p > 0,05$ ), выраженность депрессии снизилась до  $16,8 \pm 2,7$  ( $p < 0,001$ ), повысилась жизнестойкость до  $69,3 \pm 4,8$  ( $p < 0,001$ ), в том числе вовлеченность до  $29,6 \pm 3,8$  ( $p < 0,001$ ), контроль до  $24,4 \pm 2,4$  ( $p < 0,05$ ), принятие риска до  $13,2 \pm 2,4$  ( $p < 0,05$ ), а так же выраженность внутреннего эмоционального напряжения снизилась до  $1,68 \pm 0,6$  ( $p < 0,01$ ). Как видим, средние значения после пройденного лечения изменились не намного, не во всех случаях значимо, но на уровне тенденции, соответственно, данное лечение положительно влияет на психоэмоциональное состояние ветеранов боевых действий. Это проявлялось и в снижении

истощаемости психической деятельности.

Результаты повторного обследования основной группы оказались более внушительными: снизилась выраженность ПТСР до  $54,4 \pm 4,4$  ( $p < 0,001$ ), депрессии до  $14,4 \pm 1,9$  ( $p < 0,001$ ), повысилась жизнестойкость до  $71,5 \pm 7,3$  ( $p < 0,001$ ), в том числе вовлеченность до  $30,5 \pm 3,3$  ( $p < 0,001$ ), контроль до  $26,1 \pm 3,3$  ( $p < 0,001$ ), принятие риска до  $14,6 \pm 2,2$  ( $p < 0,001$ ), снизилось внутреннее эмоциональное напряжение до  $0,5 \pm 0,2$  ( $p < 0,001$ ), оценка физического здоровья повысилась до  $57,4 \pm 3,9$  ( $p < 0,001$ ), а ментального до  $43,1 \pm 3,4$  ( $p < 0,001$ ). Кроме того, ветераны боевых действий стали более адекватно оценивать свое состояние, ставить более достижимые цели в отношении изменений своего состояния.

Применив критерий  $\chi^2$ , мы сравнили результаты психологического обследования после лечения у основной группы и группы сравнения. По выраженности депрессии ( $p < 0,001$ ), уровню внутреннего эмоционального напряжения ( $p < 0,001$ ), контроля ( $p < 0,05$ ) и принятия риска ( $p < 0,05$ ) (одни из составляющих жизнестойкости), оценке ментального ( $p < 0,001$ ) и физического здоровья ( $p < 0,001$ ), эффективнее оказалось лечение с применением программы социально-психологической реабилитации, по таким переменным, как выраженность ПТСР, жизнестойкость и вовлеченность, различие без достоверной значимости.

Что касается профессиональной реабилитации, то следует отметить, что этот вид реабилитации наиболее актуален для лиц молодого возраста, имеющих достаточный общеобразовательный уровень и позитивную трудовую установку. Она заключается не только в том, чтобы обеспечить молодому человеку возможность активно участвовать в общественно полезном труде и быть экономически независимым, но и в том, что бы осознавать себя равноправным членом общества.

Профессиональная реабилитация предусматривает четыре последовательных этапа: профориентацию, профессиональное обучение, профессионально-производственную адаптацию и трудовое устройство.

Согласно полученным данным в ходе исследования участники боевых действий нуждались в тех или иных мерах профессиональной реабилитации.

Потребность в профориентации в общем составила 20,5%. Это обусловлено у бывших участников боевых действий их психологическими особенностями, когда весьма затруднен выбор профессионального пути ввиду завышенной или наоборот заниженной самооценки. Другим важным этапом профессиональной реабилитации является профобучение или переобучение, которое позволяет приобрести профессию, не противопоказанную по состоянию здоровья и конкурентоспособную на рынке труда. Профессиональная реабилитация предусматривает как приобретение новой профессии путем обучения и переобучения, так и рациональное трудоустройство с учетом профессиональных знаний и квалификации.

Потребность данного контингента в трудовом устройстве составила 23,4%. Однако изучение реального положения дел с трудоустройством бывших участников боевых действий выявило несоответствие в большом числе случаев (91,0%) желаний самих участников с предоставлением им рабочих мест. В силу этих причин среди инвалидов оказались трудоустроенными

только 43,2% нуждающихся. При этом более половины трудоустроенных инвалидов в течение трех лет меняли место работы от одного до трех раз. Свыше 30,0% оказались трудоустроены не рационально.

Все выше изложенное побудило необходимость поиска оптимальных форм и видов профессиональной реабилитации участников военных конфликтов на базе КГБУЗ «Алтайский краевой госпиталь для ветеранов войн». Программа профессиональной реабилитации включала показанные условия труда, рекомендуемые виды трудовой деятельности для рационального трудового устройства данной категории инвалидов.

Работник социальной службы при первом контакте с пациентом при помощи опроса или анкетирования выявлял его профессиональные способности и склонности к различным видам деятельности, после обращались в учебные заведения города, о возможности профессиональной переподготовки. Во время проведения исследований, профессиональную переподготовку прошли 60,0% ( $p < 0,05$ ) респондентов, остальные ожидали обучающих курсов.

Кроме того ведется активная работа со службами занятости, проводятся школы с пациентами, как искать работу, как составить резюме. Так удалось трудоустроить по специальности 54,6% ( $p < 0,05$ ) человек.

В ходе исследования изучена также потребность данной категории лиц в различных видах социальной помощи, вспомогательных технических средствах. Программа социальной реабилитации включала обеспечение техническими средствами реабилитации, облегчающими быт и труд данной категории инвалидов, архитектурно-планировочные устройства и приспособления для адаптации среды и жилища инвалида, меры психологической реабилитации. Внедрение комплексных программ реабилитации при данной патологии в практику работы специалистов бюро МСЭ и реабилитационных учреждений, что будет способствовать повышению качества и эффективности проводимых реабилитационных мероприятий и наиболее полной социальной интеграции инвалидов с боевыми травмами.

Большое внимание было так же уделено улучшению жилищно - бытовых условий, эта потребность составила в среднем 14,9%. Социальный работник госпиталя обращался к специалистам жилищных отделов районной Управы по месту проживания граждан, помогал составить заявление для постановки в очередь на жилье, за время проведения исследований свои жилищные условия улучшили 7,1% ( $p < 0,05$ ) контингента.

Лицам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации

(15,3%), помогли составить заявления в Главсоцзащиту на адресную материальную помощь. По полученным результатам помощь была оказана всем нуждающимся ( $p < 0,05$ ).

После госпиталя при необходимости дальнейшей психологической реабилитации пациенты направлялись в Центр восстановительной терапии им. М.А. Лиходея.

Кроме того у ряда пациентов исследуемого контингента наблюдалась потребность в различных мерах социальной поддержки. Так в юридических консультациях нуждались 7,3% человек. Требовались разъяснения о правах и льготах самим пациентам, так и их семьям. Юридическая помощь была оказана 100,0% ( $p < 0,05$ ).

Таким образом, социальная реабилитация инвалидов важна не только сама по себе. Она важна как средство интеграции лиц с ограниченными возможностями в социум, как механизм создания равных возможностей инвалидам, для того чтобы быть социально востребованными, с этой задачей в госпитале успешно справляются.

#### Список литературы

1. Балека Л.Ю. Медико-социальные аспекты заболеваемости, инвалидности и реабилитации инвалидов, участников великой отечественной войны и участников боевых действий.. диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. – Москва, 2014
2. Зейгарник Б.В. Патопсихология. Основы клинической диагностики и практики / Б.В. Зейгарник. - 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Эксмо, 2008. – 368 с.
3. Кадыров Р.В. Посттравматическое стрессовое расстройство (PTSD): состояние проблемы, психодиагностика и психологическая помощь: учебное пособие / Р.В. Кадыров. - СПб.: Речь, 2012.
4. Леонтьев Д.А., Рассказова Е.И. Тест жизнестойкости. М.: Смысл, 2006.
5. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике: Практическое руководство – М.: Апрель-Пресс, Психотерапия, 2010. – 224 с.
6. Селье Г. Стресс без дистресса. М.: «Прогресс», 1982.
7. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб.: Питер, 2001.
8. Цыбаева Л. Социально-психологическая адаптация участников боевых действий // Развитие личности. - №1, 2007 - С.167-171