

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ УЧАСТИЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ В БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЯХ В ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ И ИХ МЕДИКО-ПСИХОЛОГО-СОЦИАЛЬНАЯ КОРРЕКЦИЯ

А.ИВАНОВ, В.РУБЦОВ,
Н.ЖУМАТИЙ, М.ДАВЛЕТШИНА*

Вот уже десять лет (с декабря 1994г.) продолжается война на Северном Кавказе, получившая официальное название 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 посттравматического стрессового расстройства (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 приобретен коллективом 6-го Центрального военного клинического госпиталя сразу же после его открытия в 1990 году, когда сюда для реабилитации поступили участники боевых действий в Афганистане. С этого времени и стала формироваться основная концепция госпиталя как, в перспективе его развития, *Всеармейского реабилитационного центра*. К январю 1995 года более 600 участников боевых действий в Афганистане прошли социально-психологическую реабилитацию в стенах госпиталя, и большая часть из них – в отделении психофизиологической

* *Иванов* Александр Леонидович – полковник, заместитель начальника 6-го Центрального военного клинического госпиталя МО РФ; *Рубцов* Виталий Владимирович – академик РАО, директор Психологического института РАО, ректор Московского городского психолого-педагогического университета; *Жуматий* Наталья Владимировна – психолог; *Давлетишина* Мария Владимировна – психолог.

реабилитации. С началом боевых действий в Чеченской республике в декабре 1994 года связан *новый этап* в совершенствовании стратегии и тактики лечебно-восстановительных и социально-психологических мероприятий по возвращению в строй участников боевых действий.

Сейчас уже можно отметить существенные различия в контингенте поступающих раненых: если основную его часть на *первом этапе* (1995-1997гг.) представляли военнослужащие по призыву и молодые офицеры, то на *втором* (1999-2003гг.) три четверти из общего потока раненых – солдаты и сержанты контрактной службы и по призыву. Такое различие обусловлено установлением так называемых “боевых” выплат за участие в боевых действиях, которые сделали возможным отправку в Чечню бывших солдат, прошедших службу по призыву, не имеющих возможности заработать деньги на “гражданке”.

При определении *стратегии* социально-психологической реабилитации раненых мы руководствовались представлением о реабилитации как определенном *комплексе психологических мероприятий и системе социальной деятельности*. Цель того и другого – не только нормализация, как функционального состояния организма, так и эмоциональной, морально-нравственной и мотивационной сфер личности, но и восстановление профессионально важных качеств военнослужащего, от которых зависит его военно-профессиональная работоспособность.

Исходя из этого определения, были сформулированы основные *задачи* социально-психологической реабилитации:

- оценка психофизиологического состояния пострадавших, определение качества и степени психоэмоционального расстройства;
- определение путей и методов психологического воздействия с целью восстановления психического здоровья и работоспособности пациента;
- формирование оптимальной психологической реакции на последствия ранения и лечение;
- изучение динамики психических нарушений в процессе лечения;
- оценка физической, сенсорной и интеллектуальной работоспособности, сопоставление их с номинальными показателями профессиональной работоспособности, 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 помощи в подготовке к повторным хирургическим операциям и купирование болевых ощущений.

Стратегия социально-психологической реабилитации, безусловно, потребовала соблюдения основных ее *принципов*, среди которых можно выделить первоочередные:

Профессионализм. Мероприятия должны проводить врачи и психологи, имеющие специальную подготовку и в совершенстве владеющие методами психологического обследования, а также социально-психологической коррекции.

Обоснованность. Имеется в виду подбор столь же доступных, сколь и надежных методов медико-психологической реабилитации, проверенных многолетней практикой их применения, где учитывались особенности, с одной стороны, функционального состояния соматической и психической сфер раненых и, с другой, назначенной лечащим врачом терапии.

Индивидуальность. Подразумевается учет уровня снижения профессионально важных качеств военнослужащих, наличие патохарактерологических изменений личности, восприимчивости раненого к различным медико-психологическим методам и степени их переносимости.

Непрерывность и оптимальная длительность лечения, начиная с момента поступления военнослужащего в госпиталь вплоть до нормализации его функционального состояния и восстановления профессионально важных качеств.

Соотнесение всех мероприятий, проводимых в рамках *первого этапа* социально-психологической реабилитации раненых, с перечисленными выше принципами позволило за время с 1995 по 1998гг. с высокой эффективностью восстановить здоровье и социально-психологический статус 457 инвалидов. После официального прекращения боевых действий на территории Чеченской республики госпиталь работал еще год, пока не было восстановлено здоровье последнего бойца, поступившего из этого региона.

Поскольку человеческий, да и любой живой организм биологически не запрограммирован переносить массивные психические травмы, период реабилитации у значительной части военнослужащих, получивших тяжелые ранения в Чеченской республике, характеризуется *продолжительным психоэмоциональным стрессом*. Его сила и длительность определяются не только негативными последствиями понесенных потерь, зачастую необратимыми (в случае, например, ампутации конечностей и т.п.), но и, в большой степени, личностными качествами раненого.

Для обозначения расстройств, возникающих у людей, которые перенесли психическую травму, в 1980г. было принято понятие "*посттравматические стрессовые расстройства*" (ПТСР) в качестве отдельной, самостоятельной диагностической категории. ПТСР можно определить как *состояние, которое развивается у человека, испытавшего достаточной выраженности эмоциональный или физический стресс, способный стать травматичным практически для любого человека.*

Огромное число научных публикаций по данной тематике, появившихся в последние 15-20 лет, способствовали более четкому пониманию клинической картины заболевания, его этиологии и патогенеза.

Для возникновения *ПТСР* необходимо, чтобы человек испытал действие стрессора, выходящее за рамки обычного человеческого опыта и способное вызвать дистресс (*Г.Селье*). К такого рода стрессорам мы относим серьезную угрозу для жизни человека или его физической целостности (чем и опасна война), тяжелое физическое повреждение, вынужденное убийство (ранение) другого человека, смерть или калечащее ранение сослуживца, без чего война также не обходится.

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

Интрузия. Неотступное переживание травматического события, выступающее в одной из следующих форм:

- 1) навязчивые дистрессирующие воспоминания травмирующих событий;
- 2) периодически повторяющиеся кошмарные сновидения;
- 3) неожиданные ощущения прямого возврата травматических событий и повторного их переживания (иллюзии, галлюцинации, диссоциативные эпизоды), возникающие в состоянии как бодрствования, так и опьянения;
- 4) интенсивный психологический дистресс под воздействием обстоятельств, символизирующих пережитые травматические события и их отдельные аспекты, либо имеющих с ними сходство (например, годовщина травмы).

Избегание. Упорное избегание стимулов, связанных с травмой; сопровождающееся эмоциональным оскудением, чувством безразличия к другим людям. Проявляется, по крайней мере, тремя из следующих видов расстройств:

- 1) осознанные 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 ранее значимым 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, возможностях женитьбы и семейной жизни, в самой продолжительности жизни).

Гиперактивность, выступающая, по крайней мере, в двух из нижеследующих моментов:

- 1) трудность 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 обстоятельства, символизирующие травматическое событие или напоминающие наиболее существенные его аспекты.

Длительность *первичных симптомов* измеряется, по крайней мере, шестью месяцами.

К *вторичным симптомам ПТСР*, преследующим пациентов многие годы, относят обычно депрессию, тревогу, импульсивное поведение, алкоголизм (токсикоманию), соматические проблемы, нарушение чувства времени, нарушение Эго-функционирования.

Практика реабилитационной работы врачей и психологов госпиталя позволила выявить ряд *типов психической дезадаптации*, показателем которых является характерная для пациента целостная поведенческая стратегия:

1) *активно-оборонительный* тип (преимущественно адаптивный); может проявляться в виде вполне адекватной оценки тяжести ранения, но также и как тенденция к его игнорированию; наблюдаются невротические расстройства;

2) *пассивно-оборонительный* тип (дезадаптация с интрапсихической направленностью), в основе – отступление, примирение с последствиями ранения; характерны тревожно-депрессивные и ипохондрические тенденции; снижена потребность в борьбе за выживание;

3) *деструктивный* тип (дезадаптация с интерпсихической направленностью), для которого 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.

Опишем разнообразные психопатологические *симптомокомплексы*, наблюдаемые у раненых.

Для *астенического* симптомокомплекса характерны выраженные возбужденность и раздражительность на фоне повышенной утомляемости и истощаемости; характерны также эмоциональная слабость, сниженное настроение, обидчивость.

Обсессивно-фобический симптомокомплекс проявляется чувствами немотивированной тревоги и страха, навязчивыми воспоминаниями о психотравмирующем событии.

При *истерическом* симптомокомплексе отмечаются повышенная внушаемость и самовнушаемость, стремление привлечь к себе внимание, демонстративный характер поведения.

Для *депрессивного* симптомокомплекса характерны пониженное настроение, чувство пессимизма.

Для *эксплозивного* – повышенная раздражительность, взрывчатость, злобность и агрессивность.

Психоорганический симптомокомплекс, как правило, развивается у пострадавших, которые перенесли черепно-мозговую травму. Симптомы – астения, дисфория, нарушения памяти, эмоциональные расстройства, нарушения сна.

Этиологическим фактором психосоматической патологии у раненых служит *боевой стресс*. Участие в боевых действиях рассматривается как стрессор, травматичный практически для любого человека. В отличие от других стрессоров, участие в войне представляет собой пролонгированную психотравматизацию, которая сопровождается *комплексным влиянием ряда патогенных факторов*. Некоторые из них уже упоминались выше: биологический страх смерти, ранения, боли, инвалидизации; наряду с этим – психоэмоциональный стресс, связанный с гибелью товарищей по оружию или с необходимостью убивать человека, пусть и противника. К сказанному добавим воздействие специфических факторов боевой обстановки (дефицит времени, ускорение темпа действий, внезапность, неопределенность, новизна происходящего); неизбежные в условиях войны невзгоды и лишения (отсутствие полноценного сна, дефицит воды и питания). Наконец, характерный для Чеченской республики горный климат (гипоксия, жара, повышенная инсоляция).

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

На начальном этапе реабилитации врачи и психологи госпиталя отмечали у раненых наличие своего рода *акцентуаций характера* – повышенной ситуативной тревожности, настороженности и подозрительности и, напротив, сниженной способности контролировать свои эмоции; заметна была и необходимость в групповой поддержке. Наблюдаемые явления можно толковать как ответную реакцию личности на экстремальную ситуацию ранения, что указывает на необходимость использования методов психологической коррекции, начиная уже с самых ранних этапов лечения.

Наиболее выраженные негативные психологические изменения отмечаются у военнослужащих, находившихся в условиях боевых действий более трех месяцев. Это наблюдение находит подтверждение в данных, которые приводятся во многих научных публикациях по данной проблеме (*Шанин (ред.)*, 1997; *Чиж, Иванов, Щегольков*, 2000). Авторы убедительно показывают, что у всех обследуемых, получивших боевые ранения в ходе локальных войн или в период вооруженных конфликтов, в 100% случаев отмечаются разной степени выраженности изменения психического состояния. Эти изменения проявляются, прежде всего, 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, наблюдавшихся у раненых, исследователи выделяют ряд детерминант, в том числе: предшествующее ранению фоновое психотравмирующее воздействие факторов боевой обстановки (длительность нахождения в условиях войны, интенсивность боев), особенности индивидуальной реакции на витальную угрозу, психический и общий шок в момент ранения и пр.

У “комбатантов” (от франц. *combattant* – воин, боец; в международном праве – лица, входящие в состав вооруженных сил и непосредственно участвующие в военных действиях) со сроками лечения 30-50 суток выраженность личностных изменений находит новое отражение в коммуникативной сфере и сфере морально-нравственной нормативности. Иными словами, за время длительного лечения у многих раненых формируются негативные психологические стрессовые реакции, имеющие большей частью демонстративный и оппозиционно-вызывающий характер.

С такой двойственной картиной нередко сталкиваемся и мы. С одной стороны, у раненых в процессе комплексной медико-психологической реабилитации в условиях госпиталя отмечается достаточно быстрое улучшение субъективного самочувствия, – количество жалоб на состояние здоровья заметно уменьшается, снижается уровень ситуационной тревожности.

Однако в этот же период отмечено снижение показателей, отражающих уровень поведенческой саморегуляции, морально-нравственной нормативности и коммуникативных способностей реконвалесцентов*. Лечащие врачи и психологи неоднократно отмечали, что у таких лиц зачастую по незначительному поводу возникают эксплозивные (взрывчатые) реакции или же, напротив, они надолго “уходят в себя”, всячески избегая любых

* Реконвалесцент – больной в стадии выздоровления.

межличностных контактов. По мнению лечащих врачей, более 58% находящихся на реабилитации комбатантов, помимо протезирования, нуждаются в целенаправленных психокоррекционных мероприятиях и системе социальной поддержки.

Суммирование отраженного в научных трудах практического опыта (Белинский, Лямин, 2000; Шанин (ред.), 1997; Чиж, Иванов, Щегольков, 2000; Поправка, Сергеев, 2000; Пушкарев, Доморацкий, 2000) позволило выделить *три основные этапа* социально-психологической реабилитации:

1. *Диагностический* – оценка функционального состояния и физиологических резервов различных систем организма раненых, определение их психологических особенностей, а также напряжения процесса психической адаптации. Сюда же входит диагностика психоэмоциональных нарушений и степени их выраженности, а также отклонений в сфере психических функций – мышления, памяти, внимания.

2. *Лечебно-восстановительный* – конкретизация индивидуального подхода в условиях наличия у раненого психоэмоциональных нарушений; подбор психотерапевтического воздействия и его осуществление с периодическим контролем динамики психического статуса и коррекцией лечебных мероприятий.

3. *Профессионально-восстановительный* (социальная адаптация). Восстановление утраченных навыков с помощью специальных тренажеров, аппаратных и компьютерных методик, определение степени восстановления профессиональной пригодности военнослужащего и его работоспособности.

Комплекс мероприятий, направленных на социально-психологическую реабилитацию раненых, представляет собой неразрывное единство трех основных направлений:

- 1) психофизиологические,
- 2) психокоррекционные,
- 3) социально-психологические мероприятия.

1. Круг реабилитационной деятельности, связанной с *психофизиологическим* ее направлением, включает в себя диагностику и восстановление профессионально важных качеств комбатантов, с использованием психодиагностических компьютерных методик.

Комплексная психологическая диагностика раненых представляет собой совокупность взаимосвязанных процедур, позволяющих выявить наличие психотравм, идентифицировать их и произвести оценку. Все задачи по реализации этого направления возложены на коллектив лаборатории медико-психологических исследований и социально-трудовой реабилитации. В штат лаборатории входят психиатр, психотерапевт, клинический психо-

лог, психолог-консультант и четыре медицинские сестры, прошедших специальную подготовку по психологической диагностике и коррекции.

Все поступающие в госпиталь раненые (с 1995г. по январь 2004г. – более 2450 человек) прошли обследование *сознательной части психики* с помощью широко известных методик: ММРІ, 16-факторного опросника Кеттела, теста Айзенка, теста Лоби (отношение к болезни), УСК (уровень субъективного контроля), опросника САН (самочувствие, активность, настроение), опросника Спилбергера (личностная и реактивная тревожность), теста “Потребность в достижении” и др.

Диагностика не ограничивалась обследованием лишь сознательной части психики. Изучение *подсознательной сферы и сферы бессознательного* проводилось с помощью цветового теста Люшера, проективных тестовых методик (рисунки), компьютерного анализа психики по методу проф. С.Смирнова (использование семантического дифференциала в режиме 25-го кадра).

По такой же программе каждый раненый прошел обследование при выписке из госпиталя, по завершении программы реабилитации. Изменения в количественных показателях первого и последнего измерений и позволили судить о качестве и эффективности проводимых в госпитале мер по социально-психологической реабилитации раненых.

Столь большой объем работы, высокая ответственность, которая легла на плечи сотрудников госпиталя, заинтересованность в более высокой эффективности их усилий потребовали сотрудничества с квалифицированными психологами из Психологического института РАО. Такая помощь своевременно была организована руководством института (директор – академик РАО В.В.Рубцов, его заместитель по научной части – доктор психол. наук С.Б.Малых). При Психологическом институте РАО и МГППУ (Московский городской психолого-педагогический университет) был создан Центр экстремально-психологической помощи. Был подготовлен трехсторонний договор о перспективном научно-практическом сотрудничестве между *б ЦВКГ, ПИ РАО и МГППУ*. Реализация этого договора позволила наладить постоянное сотрудничество госпиталя и Психологического института.

2. В основу *психокоррекционной работы* с ранеными легли следующие психотерапевтические методы и соответствующие техники:

- психологическое консультирование;
- суггестотерапия;
- гетеро- и ауторелаксационные техники;
- когнитивная психотерапия;
- психологический дебрифинг;

- транзактный анализ;
- психодрама;
- музыкальная психокоррекция;
- метод биологической обратной связи;
- альфа-массаж (полисенсорная капсула);
- логотерапия и др.

Выбор методов работы и техник определялся индивидуально-психологическими особенностями каждого раненого и принципом соответствия метода – *основным задачам* психологической коррекции:

- снижение психоэмоционального напряжения;
- восстановление функционального состояния организма;
- обучение основным методам психологической саморегуляции;
- повышение личностного адаптационного потенциала;
- восстановление морально-нравственной сферы личности военнослужащих;
- формирование конструктивного стереотипа поведения, который способствовал бы дальнейшему благополучию пациентов в профессиональной сфере и в личной жизни;
- развитие коммуникативных способностей.

Одним из наиболее эффективных методов психологической коррекции состояния наших пациентов стал так называемый *психологический дебрифинг*, получивший в последние годы широкое распространение в практике работы с постстрессовыми расстройствами. Он представляет собой организованное в процессе групповой работы обсуждение стресса, совместно пережитого военнослужащими при решении общей боевой задачи.

Целью дебрифинга ставится не столько однозначная минимизация и купирование психических страданий военнослужащих, сколько психологическая разгрузка, своего рода психологическая “дезинфекция” травмы, а также профилактика психологической деформации личности. Достигается это путем неуклонного решения ряда *задач*. Сюда входят, прежде всего, проработка впечатлений, реакций и чувств участников группы; формирование у раненых понимания сущности происшедших событий и пережитого травмирующего опыта; уменьшение ощущения уникальности и неординарности, даже патологичности собственных реакций посредством открытого обсуждения субъективных чувств и обмена переживаниями с другими участниками группы; мобилизация внутренних ресурсов личности на преодоление травмы. Работа с каждым из пострадавших ведется на фоне создания атмосферы групповой поддержки, солидарности и понимания. В результате снижается как индивидуальное, так и общее групповое напряжение,

благодаря чему становится возможной подготовка к переживанию тех симптомов и реакций, которые могут возникнуть в последующем.

Основной механизм дебрифинга – “закрытие прошлого”. “Закрыть” прошлое означает, в частности, необходимость уяснения при помощи группы особенностей собственной личности, своих межличностных отношений и своего поведения, возможность их оценки в различных ситуациях, корректировка самооценки в группе на основе обратной связи в атмосфере эмоциональной открытости и доверия. “Закрыть” прошлое – значит, лишить ореола исключительности субъективные проблемы раненого, получив одновременно эмоциональную поддержку от других участников группы, имеющих общие проблемы и цели. Вместе с тем, это и апробация новых навыков поведения, не знакомых ранее стилей межличностных отношений, сам процесс освоения которых уже позволяет хотя бы частично разрешить имеющиеся у пострадавших внутри- и межличностные конфликты.

Представление о программе работы госпиталя осталось бы не полным, если бы мы умолчали о той, буквально всенародной, поддержке, которую оказывает общественность Москвы участникам боевых действий, оказавшимся на госпитальных койках. Десятки тысяч студентов и школьников за эти годы посетили госпиталь с концертами и подарками. Этот факт всенародной моральной поддержки помог коллективу госпиталя в социальной реабилитации инвалидов. Тысячи москвичей и зеленоградцев оказали благотворительную помощь раненым. Запомнились раненым и посещения государственных деятелей (за период войны госпиталь посетили все лидеры фракций Госдумы, члены Совета Федерации, губернаторы областей, депутаты Московской городской думы). Большим событием для раненых стал визит в палаты госпиталя игроков футбольной команды ЦСКА и последовавшее за этим посещение матчей ЦСКА, проводимых в столице. Памятными событиями стали и благотворительные концерты ведущих исполнителей российской эстрады. Рамки статьи не позволяют перечислить здесь всех, чей вклад в деятельность госпиталя и реабилитацию раненых незаменим. Мы лишь хотели подчеркнуть ту мысль, что программа социально-психологической реабилитации раненых не должна ограничиваться текущими задачами “местного” значения, как то: восстановить здоровье и психику, поставить на протезы и пр. Система мер только тогда может стать целостной и законченной, когда раненые уже на госпитальной койке получают *уверенность в завтрашнем дне*. Эта уверенность может базироваться только на возможности дальнейшего обучения и трудоустройства.

В связи с таким пониманием возникла необходимость создания в госпитале системы обучения раненых основам компьютерной грамотности. Огромную помощь в практической реализации этого проекта оказал лидер фракции “Яблоко” Г.Явлинский, выделив необходимые средства на закупку

оборудования для комплектации учебного класса на 9 учебных мест. Правительство Москвы выделило необходимые средства для оплаты труда преподавателей. К реализации проекта подключилось руководство МГППУ, предложив использовать возможности факультета “Информационные технологии в психологии” в обучении раненых основам компьютерной грамотности. С апреля 2000г. обучение в классе прошли около 450 наших пациентов, получив сертификаты об окончании курсов.

В заключение рассмотрим несколько случаев. Даже краткое их описание поможет читателю составить представление и о тяжести нарушений, переживаемых нашими пациентами, и о комплексной системе реабилитации.

Случай 1. Олег А. , 26 лет, сержант контрактной службы .

Родился в г. Слуцке (Белоруссия). Воспитывался в полной семье, с детства увлекался легкой атлетикой. В четвертом классе уже имел юношеский разряд по бегу. Тогда же потерял обоих родителей, и его опекуном стал дедушка, к которому он и переехал (пос. Поросозеро, Карелия). Условия здесь были совсем другие, и о спорте пришлось забыть. Олег отмечает, что в тот период его, в основном, воспитывала улица, а там царят свои законы. Результатом этого стали два привода в милицию за рукоприкладство. После 9-го класса Олег был вынужден пойти работать простым рабочим, чтобы содержать себя и деда. Когда пришло время идти служить в армию, был внутренне готов к этому, считал, что это “долг каждого мужчины – защищать свою Родину”, и “каждый настоящий мужик должен пройти службу в армии”.

Служил Олег в спецназе МВД. И уже тогда получил возможность реально выполнить свой долг – с сентября 1996г. по март 1997г. он находился в Чеченской республике. В одном из боев при выполнении боевой задачи получил легкое ранение, был награжден медалью “За отвагу”. Вернулся из армии, долго и безуспешно пытался найти работу. Как только работодатели узнавали, что он был в Чечне, тут же отказывали, слишком распространенным оказалось мнение, что у ветеранов боевых действий “крыша едет”. Да Олег и сам отмечал, что характер как-то изменился, стал “раздражительным, агрессивным”; были моменты, когда начинало казаться, что снова “там” (например, при шуме проезжавшей машины бросался на землю). Так и не найдя себя в мирной жизни, Олег решил, что будет продолжать службу, и подписал еще один контракт. С октября 1997г. по май 1998г. он снова в Чечне, служит в составе внутренних войск, награждается медалью “За доблесть” 2-ой степени. После окончания контракта Олег дома смог устроиться на работу трактористом. Женился, в 1999 году родился сын. Но семейная жизнь не заладилась, и вскоре молодая семья распалась. Расставание было болезненным, и в

декабре 2001 года Олег снова подписывает контракт – в ставшую уже такой привычной Чечню. На этот раз он служит в подразделении МО РФ, и через три месяца, в марте 2002-го года – еще одно ранение, на этот раз более серьезное. Сначала Олега принял госпиталь в Ханкале, затем – в Моздоке, далее – Ростов-на-Дону; в 3-ем ЦВКГ им. Вишневого (Красногорск) врачи долго боролись, чтобы спасти ногу Олега, но им это так и не удалось. Последовал перевод в филиал госпиталя им. Вишневого, а потом – в 6 ЦВКГ. Здесь Олегу было выполнено протезирование и проведена программа социально-психологической реабилитации, которая началась с глубокой психологической диагностики личности пациента. Учитывая полученную информацию (экстраверт, сангвиник, оптимист, имеющий первичные симптомы ПТСР), психологами госпиталя для Олега была определена индивидуальная программа реабилитации. Назначение программы учитывало и наличие нескольких психотравм, полученных Олегом и в детстве, и на чеченской войне. Программа включала в себя психологическое консультирование, участие в работе групп психологического дебрифинга, а также психодрамы, музыкальной психокоррекции, сеансы биологической обратной связи, курс сеансов альфа-массажа (полисенсорная капсула), работа в тренажерном зале, занятия в школе протезируемых больных и обучение по 40-часовой программе основам компьютерной грамотности. После прохождения программы через три месяца было проведено повторное психологическое обследование личности инвалида и установлено отсутствие первичных симптомов ПТСР.

В целом в госпиталях он пробыл более 13 месяцев, в течение которых перенес 10 операций. Но самое главное – после реабилитации в 6 ЦВКГ Олег смог сделать то, что хотел: он снова поехал в свою часть в Чечню и продлил контракт, теперь уже до мая 2004 года. В настоящее время находится в госпитале по поводу смены гильзы протеза ноги.

В будущем сержант Олег А. планирует вернуться домой, создать семью, устроиться на работу по рекомендации сослуживцев.

Случай 2. Николай Б., 22 г., прапорищик.

Из полной семьи, имеет младших брата и сестру. После 9-го класса учился в сельскохозяйственном техникуме, получил специальность фермера-механизатора. В армию шел с желанием, поскольку был уверен, что служба в Вооруженных Силах – это “школа жизни и мужества”. Николай попал в спецназ ВДВ, и после прохождения обучения в учебном подразделении (сентябрь-декабрь 2000г.) участвовал в боевых действиях на территории Дагестана и Чеченской республики. Ни с чем не сравнимый опыт боевого товарищества и сплоченности так повлиял на Николая,

что он решил продолжить службу и по окончании школы прапорщиков вновь отправился в Чечню, где служил в контртеррористической группировке с ноября 2001г. по декабрь 2002г., когда при выполнении боевой задачи был ранен и потерял ногу. Дальше была цепочка госпиталей: прифронтовой – в Моздоке, окружные – в Ростове-на-Дону и в Подольске. С целью выполнения протезирования и прохождения социально-психологической реабилитации Николай был переведен в Москву, в б ЦВКГ – Всеармейский реабилитационный центр. Здесь он узнал о своем награждении медалью “За доблесть” 2-ой степени. В госпитале Николаю было выполнено протезирование и проведена программа социально-психологической реабилитации, которая началась с глубокой психологической диагностики личности пациента. Учитывая полученную информацию (интраверт, тип темперамента – флегматик, сдержанный, уравновешенный, невозмутимый, спокойный, молчаливый, имеющий первичные симптомы ПТСР), психологами госпиталя для Николая была определена индивидуальная программа реабилитации. Она включала в себя психоаналитическое консультирование, участие в работе группы психологического дебрифинга, транзактного анализа, сеансы биологической обратной связи, курс сеансов альфа-массажа (полисенсорная капсула), работа в тренажерном зале, занятия в школе протезируемых больных и обучение по 40-часовой программе основ компьютерной грамотности в компьютерном классе. После прохождения программы через три месяца было проведено повторное психологическое обследование личности инвалида, отмечена положительная динамика по таким показателям, как общительность, гармоничность, тревожность, и установлено отсутствие первичных симптомов ПТСР. Пройдя курс реабилитации, Коля смог снова встать в строй, и с апреля 2003г. продолжить службу. Считает, что благодаря службе в армии смог стать более самостоятельным, независимым, уверенным в своих силах.

В настоящее время находится в госпитале по поводу смены гильзы протеза ноги.

Планирует параллельно со службой в армии учиться на заочном отделении вуза, получить профессию, связанную с экономикой.

Случай 3. Константин Л., 20 лет, рядовой.

Из полной семьи, имеет двух младших братьев. С детства увлекался компьютером, самостоятельно его освоил. В школе учился хорошо. В армию Костя был призван из 11-го класса, в день последнего выпускного экзамена. Пройдя полугодичное обучение в учебном подразделении, Константин был распределен в подразделение медицинской службы мотострелкового полка, и в ноябре 2001г. был отправлен в Чечню. Де-

сятки раз, рискуя жизнью, он вытаскивал истекающих кровью бойцов из-под обстрела. Награжден медалью “За службу на Кавказе”, приставлен к ордену Мужества. Но сам он получил ранение при других обстоятельствах: 24 сентября 2002 года, возвращаясь после выполнения задачи на автомашине медвзвода, подрывается на фугасе. Этот взрыв унес жизнь нескольких его сослуживцев. Костя остался жив, потеряв правый глаз, левую руку и правую ногу. Он прошел лечение в госпиталях в Ханкале, Моздоке, Ростове-на-Дону, Красногорске и, наконец, в Москве – 6 ЦВКГ. В госпитале Косте было выполнено протезирование и проведена программа социально-психологической реабилитации, которая началась с глубокой психологической диагностики его личности. Состояние его было крайне тяжелым. Он переживал глубочайшую депрессию по поводу тяжести полученного ранения, кроме того, Константина мучило чувство вины по поводу невозможности оказания помощи погибшим на его глазах сослуживцам. С учетом наличия симптомов ПТСР психологами госпиталя для Константина была определена индивидуальная программа реабилитации. Она включала психологическое консультирование, участие в работе групп психологического дебрифинга, психодрамы, музыкальную психокоррекцию, сеансы биологической обратной связи, курс сеансов альфа-массажа (полисенсорная капсула) и физиотерапевтическое лечение, работу в тренажерном зале, занятия в школе протезируемых больных и обучение по 40-часовой программе основам компьютерной грамотности. После прохождения программы через семь месяцев было проведено повторное психологическое обследование личности инвалида, отмечена положительная динамика по таким показателям, как гармоничность, уверенность в себе, снижение тревожности, в целом было установлено отсутствие первичных симптомов ПТСР. Пройдя курс реабилитации, Константин был уволен из Вооруженных Сил, и в апреле 2003 года вернулся домой. Он живет в небольшом городке под Петрозаводском. При помощи властей города получил двухкомнатную квартиру. У него есть невеста. Ему предоставили работу на деревообрабатывающем комбинате оператором на компьютере (знания, приобретенные во время лечения в госпитале, пригодились). Костя справляется с нагрузкой, мастерски используя протез руки.

В настоящее время находится в госпитале по поводу смены гильзы протезов.

Теперь его совсем не узнать – это активный, энергичный, настойчивый, целеустремленный, уверенный в себе мужчина, у которого – много разных планов на будущее.

Хочется подчеркнуть, что большинство бывших бойцов свое будущее связывают с обучением в вузах и работой юристами, социальными работниками, экономистами. В 2000 году 109 наших пациентов написали заявления с просьбой о приеме в Московский государственный открытый университет. После собеседования, решением Ректора, 90 военнослужащих были приняты на заочную форму обучения в университете, 9 – на дневное обучение, 10 – не имеющих среднего образования, были зачислены в юридический колледж при Университете. Примерно такая же динамика сохранилась и в последующие годы.

Существенную роль в психологической и духовной реабилитации инвалидов играет Православная церковь. Еженедельно госпиталь посещают представители православных храмов, проводя как групповые (молитвы, беседы, освящения, концерты-песнопения), так и индивидуальные (крещение, причащение, исповеди) акции. В 2004г. планируется постройка на территории госпиталя храма-часовни.

Таким образом, совместные систематические усилия, направленные на социально-психологическую реабилитацию военнослужащих, пострадавших в экстремальных условиях войны, оказывают существенное влияние на качество и эффективность лечебно-восстановительных мероприятий.

ЛИТЕРАТУРА

- Белинский А.В., Лямин М.В. Медико-психологическая реабилитация участников боевых действий в многопрофильном госпитале // Военно-медицинский журнал, № 1, 2000.
- Медицинская реабилитация раненых и больных / Под ред. Ю.Н.Шанина. – СПб: “Специальная Литература”, 1997. – 960 с.
- Совершенствование системы медико-социальной реабилитации лиц, пострадавших при выполнении воинского долга (служебных обязанностей) в процессе изменения социальной сферы в Российской Федерации // Сборник тезисов Всероссийской научно-практической конференции 18 мая 2002г. ООИВА, 2002.
- Чиж И.М., Иванов В.Н., Ю.С., Щегольков А.М. Становление и перспективы развития медицинской реабилитации в Вооруженных Силах Российской Федерации // Военно-медицинский журнал, № 1, 2000.
- Поправка С.Н., Сергеев В.А. Методические подходы к организации реабилитации военнослужащих с ампутированными дефектами конечностей // Военно-медицинский журнал, № 1, 2000.

Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. – СПб: Питер, 2001. – 272 с.

Тарабрина Н.В., Лазебная Е.О. Синдром посттравматических стрессовых нарушений: современное состояние проблемы // Психологический журнал. – 1992. – Т.13. № 2. – С.14-26.

Пушкарев А.Л., Доморацкий В.А., Гордеева Е.Г. Посттравматическое стрессовое расстройство: диагностика, психофармакотерапия, психотерапия. – М.: Изд-во Института психотерапии, 2000. – 128 с.