

ДИАГНОСТИКА И МЕТОДЫ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПОСЛЕ ПТСР

Покровская С. Е., канд. психол. наук;

Глазунова Д. В.

*Белорусский государственный университет физической культуры,
г. Минск, Республика Беларусь*

Аннотация. *В статье анализируется тема, диагностики и методов восстановления после ПТСР лиц переживших катастрофы и военные действия, при этом акцент делается на практическом опыте и исследованиях в этой области крупнейшего в Российской Федерации и в мире многопрофильного реабилитационного центра – 6-го Центрального военного клинического госпиталя (ЦВКГ).*

Ключевые слова: *ПТСР, диагностика, методы реабилитации, постстрессовые состояния.*

В современных условиях, психологическая помощь и применение методов реабилитации и восстановления после военных действий, техногенных и природных катастроф может понадобиться не только относительно военнослужащих, но и относительно гражданского населения, пребывающего с территории военных конфликтов и зон природных катастроф в нашу страну, в том числе в качестве беженцев. А следовательно, данную тему и возможность использования нашими специалистами практического опыта реабилитационных центров Российской Федерации, США и других стран считаем актуальными для изложения, дальнейшего изучения и применения.

Данная работа основывается на практическом опыте 6-го Центрального военного клинического госпиталя (ЦВКГ) – крупнейшего в Российской Федерации и в мире многопрофильного реабилитационного центра. Тысячи погибших, десятки тысяч раненых, сотни тысяч участников боевых действий в Чеченской Республике и Афганистане, и других зонах военных действий, миллионы родственников, в семьи которых вернулись вчерашние участники этой войны, беженцы, мирное население, находящееся в зоне боевых действий представляют собой огромный фронт работы для врачей, психотерапевтов и психологов.

Начало систематических исследований постстрессовых состояний, вызванных переживанием природных, индустриальных катастроф, а также проблемы восстановления военнослужащих после окончания военных действий можно отнести

к 50–60-м гг. XX века. Полагая, что информация, полученная при изучении «гражданских» катастроф, может быть использована для оценки воздействия катастроф, связанных с войной, Национальная Академия наук США утвердила ряд исследований, в которых были сделаны попытки оценить адаптацию индивидов, переживших крупные пожары, газовые атаки, землетрясения и иные подобные катастрофы. Например, Блоч, Силбер и Перри взяли интервью у 88 детей, которые пережили ураган в 1953 г. Результаты их исследования ясно продемонстрировали, что травмированные дети, во многом подобно травмированным взрослым, переживают вызванные травмой ночные кошмары, избегающее поведение, реакции испуга, раздражительность и повышенную чувствительность к травматическим стимулам [3, с. 19–22].

Число работ по последствиям катастроф, которые выявляют наличие *посттравматического стрессового расстройства* (далее – ПТСР), намного меньше, чем количество исследований, проведенных с ветеранами боевых действий. Что не удивительно, поскольку, государствами активно финансируются исследования именно в военной сфере.

Можно привести данные двух специально организованных исследований, задачей которых было установление представленности ПТСР среди жертв урагана и наводнения. Обследование 114 жертв урагана проводилось с помощью расширенной версии симптоматического опросника Хопкинса [HSC]. Расширенная версия HSC была специально разработана для того, чтобы отразить критерий DSM-III для ПТСР. Хотя испытуемые заполняли методику через 5 месяцев после катастрофы, 69 человек (59,5 %) соответствовали критерию DSM-III для острого ПТСР. Б. Грин с соавторами впоследствии предложили заполнить опросник 120 взрослым жертвам наводнения в Буффало Грик. Несмотря на то что опрос проводился через 14 лет после наводнения, 34 человека (28,3 %) соответствовали критерию для диагноза актуального ПТСР. Примечательно, что авторы смогли установить диагноз ретроспективно на основе данных интервью, проведенного в 1974 г. Впоследствии они установили, что 53 человека (44,2 %) могли бы соответствовать DSM-III критерию для ПТСР в 1974 г. [3, с. 19–22].

Поскольку живой организм биологически не запрограммирован переносить массивные психические травмы, то напряжение, которое человек испытывает во время военных действий, катастроф и природных катаклизмов отражается на всех уровнях организации его организма и на всех его функциях. Основными остаются травмы психики, общее физиологическое недомогание, стрессовое состояние нервной системы (о чем свидетельствуют сопровождающие бессонницы, нарушения координации, всплески агрессии и т.д.). Следовательно, период реабилитации 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. введено понятие «посттравматические стрессорные расстройства» (ПТСР), как отчетливая и обоснованная диагностическая категория. *Посттравматические стрессорные расстройства* можно определить как состояние, которое развивается у человека, испытавшего эмоциональный или физический стресс достаточной выраженности, способный быть травматичным практически для любого человека. 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 близкого человека или калечащее ранение сослуживца [2, с. 143].

Важной и специфической особенностью ПТСР оказывается то, что после окончания периода времени, насыщенного психотравмирующими событиями, когда исчезает эмоциональное перенапряжение, многим людям кажется, что вернулось хорошее самочувствие. У них нет жалоб на здоровье и прошлые психотравмы кажутся забытыми. Но позднее оказывается, что это латентный (скрытый, переходный) период формирования ПТСР и болезнь к ним возвращается снова [5, с. 609].

Стратегия социально-психологической реабилитации страдающих от ПТСР определяется, как 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 что касается военнослужащих – восстановление профессионально важных качеств для военнослужащего, обеспечивающих его военно-профессиональную работоспособность.

В ходе социально-психологической реабилитации оценивается психофизиологическое состояние пострадавших, определяется качество и степень психоэмоционального расстройства; определяются оптимальные пути и методы психологического воздействия, направленные на восстановление оптимальной работоспособности человека; формируется оптимальная психологическая реакция на течение и последствия ранения или травмы; изучается динамика психических нарушений в процессе лечения; оценивается физическая, сенсорная и интеллектуальная работоспособность, проводится сопоставление их с номинальными показателями профессиональной работоспособности и восстановление утраченных психических функций. Коррекция психосоматического статуса проводится методами психотерапевтических, психофизиологических и психофармакологических воздействий. Проводится профессиональная реабилитация, а при необходимости –

профессиональная переориентация, коррекция самосознания, самооценки и самочувствия [2, с. 143–152].

В ходе исследования ПТСР у военнослужащих определено, что из-за многократных острых стрессовых нагрузок и нервно-психического изнурения в боях, минуя латентный период, или после него могут возникать невротические реакции. Это еще одна стадия на пути к стойкому ПТСР. Появляются клинически выраженные, синдромально оформленные психические реакции на фоне соматовегетативных расстройств, значительная личностная и социальная дезадаптация. Каждая новая, даже не значительная трудность ухудшает психическое состояние, любая опасность усугубляет болезненно-тревожные переживания. Но они могут инвертироваться, превращаясь в неразумное пренебрежение опасностью или в протестные вспышки агрессивности. Следующей стадией в патогенезе ПТСР становятся патологические изменения характера, которые приближают состояние человека к развернутой картине ПТСР, и в той или иной мере остаются у ветеранов в последующие годы их жизни. [5, с. 610]. Важным психотравмирующим фактором становится длительное пребывание воинов в зоне боев. Пребывание более года в боевой обстановке создает такую «личностную дезадаптацию» при которой спустя год ни у кого уже не сохраняется повышенной адаптированности к боевому стрессу. Вероятность развития хронических последствий боевой психической травмы напрямую зависит от тяжести перенесенного стрессорного воздействия и продолжительности пребывания в условиях театра военных действий. Она увеличивается у военнослужащих с наличием акцентуации характера эпилептоидного, гипертимного, неустойчивого и конформного типа [5, с. 610].

Выделяют три основных этапа социально-психологической реабилитации: Диагностический, лечебно-восстановительный, профессионально-восстановительный (социальная адаптация). Основным содержанием перечисленных этапов стал комплекс мероприятий социально-психологической реабилитации, который представляется как неразрывное единство трех основных направлений: психофизиологические, психокоррекционные, социально-психологические. Остановимся отдельно на первых двух направлениях мероприятий.

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 вошли 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 обследование 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.

В основу психокоррекционных мероприятий с ранеными легли следующие техники: суггестотерапия, рациональная психотерапия, гетеро- и ауторелаксационные техники, психологическое консультирование, психоанализ, транзактный 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. 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. Основным психотерапевтическим механизмом дебрифинга является техника «Закрытия прошлого» [2, с. 143–152].

Таким образом, психологическую диагностику следует рассматривать как необходимую составляющую клинико-диагностического и реабилитационного процессов. Данные психодиагностического исследования способствуют более глубокому изучению личностной предрасположенности больного к невротическому срыву, выявлению психологических проблем больного, позволяют глубже разбираться в личностных аспектах психической адаптации, более избирательно

подходить к коррекции невротических расстройств у больных с соматическими, психосоматическими и психогенными заболеваниями [1, с. 58].

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Дыбов, М.Д., Психодиагностические исследования больных в процессе медицинской реабилитации / М.Д. Дыбов, А.Д. Аннушкин, И.С. Тертова, Н.И. Салостина // Актуальные проблемы медицинской реабилитации: Сборник научных трудов / Под ред. Юдина В.Е. – М., 2014. – С. 57–58.
2. Иванов А., Жуматий Н. Реабилитация личности военнослужащих, пострадавших в боевых действиях / А. Иванов, Н. Жуматий // Развитие личности. – 2003. – № 4. – С. 143–152.
3. Исследования последствий катастроф / Тарабрина Н.В. // Практикум по психологии посттравматического стресса. – СПб.: Питер, 2001. – С. 19–22.
4. Благотворительный фонд «Ветеран» [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://bfvet-eran.ru>.
5. Китаев-Смык, Л.А. Психология стресса. Психологическая антропология стресса / Л.А. Китаева-Смык. – М.: Академический Проект, 2009. – 943 с.