

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ БИОПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ МОДЕЛИ РЕАБИЛИТАЦИИ УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ

КОЛОВ С.А.

Волгоградский областной клинический госпиталь ветеранов войн,  
Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева

### АННОТАЦИЯ

Описана система реабилитации ветеранов боевых действий на основе биопсихосоциального подхода в общесоматическом лечебно-профилактическом учреждении. Предложена модель психотерапии и реабилитации с учетом характеристик поведения комбатантов на основе личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии и обсуждены конкретные примеры применения психологических техник. Проведена оценка эффективности предложенных методик с помощью симптоматического опросника. Обращается внимание на необходимость дальнейшего изучения и поиска эффективных методов психологической коррекции для участников боевых действий.

**Ключевые слова:** реабилитация, биопсихосоциальный подход, комбатанты, личностно-ориентированная психотерапия.

### ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время отсутствует эффективная система доступных лечебно-реабилитационных мероприятий для участников боевых действий [1], нет ни методов терапии, способных купировать все проявления «боевого» посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) и других психических расстройств у комбатантов, ни базовой теории или модели, на которой такая психотерапия могла бы основываться [2]. Категория комбатантов признается «неудобной» для терапии из-за их специфических характерологических изменений [3], обозначаемых «комбатантной» акцентуацией и психопатией [4]. Некоторыми исследователями был сделан вывод, что для этого контингента психотерапевтическое лечение было менее эффективно по сравнению с людьми, не участвовавшими в боевых действиях [5].

С нашей точки зрения, актуальной моделью лечения и реабилитации участников боевых действий мог бы стать биопсихосоциальный подход, так как последствия психического травматического опыта, в том числе боевого психического стресса, затрагивают все уровни человеческого функционирования: физиологический, личностный, уровень межличностного и социального взаимодействия [6]. Теоретической основой этого направления в отечественной клинической психологии является концепция личности Мясищева В.Н., в которой человек понимается как единая психосоциальная система [7], а практической основой – патогенетически обоснованный метод личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии Б.Д. Карвасарского [8].

Данное исследование было проведено с целью изучения эффективности разработанной и применявшейся модели реабилитации и психотерапии.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследовании участвовало 30 пациентов – участников боевых действий, находившихся на стационарном лечении в психотерапевтическом отделении

(ПТО) Волгоградского областного клинического госпиталя ветеранов войн (ВОКГВВ). Средний возраст обследованных составил  $31,7 \pm 1,5$  года.

В группу вошли пациенты, которые в прошлом проходили службу в зоне боевых действий на территории Афганистана и Чечни; 76,6% из них – в качестве военнослужащих срочной службы. 83,3% пациентов этой группы принимали непосредственное участие в боевых действиях. Со времени возвращения их с театра военных действий к моменту участия в исследовании прошло от 3 месяцев до 21 года (в среднем – 10,1).

В исследование не включались пациенты с наличием каких-либо нарушений психосоциального функционирования в довоенном периоде своей жизни, с психоорганическим синдромом или деменцией, а также с серьезными нестабильными соматоневрологическими заболеваниями.

Все исследуемые с их добровольного согласия дважды подвергались комплексному обследованию: перед началом курса лечения и реабилитации, продолжавшегося в среднем 30 дней, и по его завершении.

Использовался следующий метод исследования: **Опросник выраженности психопатологической симптоматики SCL-90 (Symptom Check List-90)**

SCL-90 – клиническая шкала самоотчета. Методика предназначена для исследования людей, испытывающих ситуативные психологические затруднения или функционирующих в условиях повышенного нервно-психического напряжения. Результат обследования этой шкалой отражает симптоматическую конфигурацию обследуемого по 9 клиническим шкалам, а также разграничивает симптомы невротического и психотического регистров [9].

### МЕТОДЫ ПСИХОТЕРАПИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ

Система биопсихосоциальной реабилитации комбатантов в ПТО реализовывалась через фармакотерапию, что составляет биологическую часть модели, это позволяет быстро купировать острую симптоматику, создает основу для более успешной психотерапии [10] и позволяет перейти к следующей части реабилитации – психотерапии и психологической коррекции. Основной подход в психотерапевтическом лечении направлен на личностные изменения, поэтому основным психотерапевтическим методом являлась личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия Б.Д. Карвасарского. Социальная реабилитация осуществлялась через социальную (milieu) терапию или терапевтическое сообщество, создающее контекст, в котором ветеранами приобретаются новые навыки совладания со своим деструктивным поведением и качественно новые паттерны общения, прорабатываются пробле-

мы в межличностной сфере. Все эти подходы комбинировались и взаимно дополняли друг друга. Большое внимание при применении личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии в комбинации с фармакотерапией с социальной терапией уделялось неконтролируемому гневу и агрессивности, которые являются характерной чертой и жалобой комбатантов [11]. При этом работа велась не только с пациентами, но и с персоналом, оказывающим поддержку и вместе с пациентами создающим терапевтическую среду. Лечение агрессивных ветеранов требует обостренного понимания ситуации, наличия безопасной окружающей физической среды, навыков в личной защите и наличия опыта по безопасному реагированию в кризисной ситуации [12]. Поэтому одновременно с участниками боевых действий у персонала отделения на их групповых занятиях шло формирование представления о том, что все эмоциональные реакции заслуживают уважения и каждый пациент отделения, так же как и персонал, принимает эти эмоции, и у ветерана всегда должна быть и есть возможность их обсудить. Для психотерапевта и медицинского персонала это принципиально важная позиция, поскольку она позволяет успешно работать с агрессией в любых ее проявлениях. При этом на групповых занятиях с персоналом идет работа с контрпереносом, исходя из того, что обычная реакция на враждебность — это ответная агрессия или страх, поэтому необходимы специальные психологические приемы и усилия, чтобы реагировать на враждебность по отношению к себе уважением и интересом. Цель лечения и коррекции — не наказание или вызывание чувства вины, что обычно бывает после вспышки неконтролируемой агрессии или гнева, а личностное развитие согласно принятой нами модели личностно-ориентированной психотерапии и реабилитации. Агрессия имеет как отрицательные, так и положительные аспекты и следует обращать внимание не только на отрицательные, но и на положительные моменты враждебного поведения. Агрессия по отношению к себе или другим людям является одним из следствий опыта психической травматизации и, как это ни парадоксально, служит интересам безопасности и снижения тревоги индивида. Понимание защитной роли агрессии помогает медицинскому персоналу адекватно и профессионально реагировать на деструктивное поведение ветеранов.

Статистический анализ полученных результатов работы осуществлялся с помощью табличного редактора Excel и пакетов программ по статистической обработке данных: «Statistica for Windows» и «SPSS 12». Использовался t-критерий Стьюдента для определения достоверности межгрупповых различий.

## РЕЗУЛЬТАТЫ

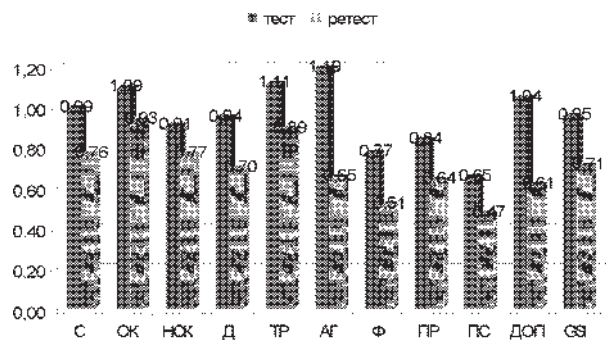
Исследование уровня выраженности психопатологической симптоматики у ветеранов боевых действий по сравнению с первым исследованием (до лечения), показало, что в группе произошли позитивные изменения.

**Таблица 1**  
Показатели опросника выраженности психопатологической симптоматики SCL-90 до и после психотерапии у ветеранов.

| Шкалы | До лечения, n 30<br>M±m | После лечения, n 30<br>M±m | p      |
|-------|-------------------------|----------------------------|--------|
| SOM   | 0,99±0,08               | 0,76±0,10                  | <0,01  |
| O-C   | 1,09±0,13               | 0,93±0,14                  | H3     |
| INT   | 0,91±0,10               | 0,77±0,12                  | H3     |
| DEP   | 0,94±0,10               | 0,70±0,12                  | <0,05  |
| ANX   | 1,11±0,12               | 0,89±0,15                  | <0,05  |
| HOS   | 1,19±0,12               | 0,65±0,10                  | <0,001 |
| PHOB  | 0,77±0,11               | 0,51±0,11                  | H3     |
| PAR   | 0,84±0,12               | 0,64±0,11                  | H3     |
| PSY   | 0,65±0,11               | 0,47±0,12                  | H3     |
| DOP   | 1,04±0,13               | 0,61±0,12                  | <0,01  |
| GSI   | 0,95±0,09               | 0,71±0,11                  | <0,01  |

**Примечание.** SOM – соматизация; O-C – обсессивность-компульсивность; INT – межличностная тревожность; DEP – депрессивность; ANX – тревожность; HOS – враждебность; PHOB – фобии; PAR – паранойяльность; PSY – психотизм; DOP – шкала дополнительных значений; GSI – общий индекс выраженности симптоматики.

Анализ динамики общего симптоматического профиля в процессе психотерапии ветеранов указывает на то, что позитивные изменения произошли практически по всем шкалам опросника (см. рис.).



**Рис.** Изменения в шкалах опросника SCL-90 после лечения и реабилитации.

Максимальное снижение произошло по параметру «враждебность» (с 1,19±0,12 до 0,65±0,10 балла (p<0,001)) (см. табл.). Помимо этого, положительной динамике подверглись показатели шкал «соматизация» (с 0,99±0,08 до 0,76±0,10 балла (p<0,01)), «общий индекс выраженности симптоматики» (с 0,95±0,09 до 0,71±0,11 балла (p<0,01)), «тревожность» (с 1,11±0,12 до 0,89±0,15 балла (p<0,05)), «депрессия» (с 0,94±0,10 до 0,70±0,12 балла (p<0,05)) и шкалы «дополнительных значений» (с 0,95±0,09 до 0,71±0,11 балла (p<0,01)).

Таким образом, у комбатантов значительно снизился уровень враждебности и агрессивности как на уровне враждебных мыслей и развивающегося при этом внутреннего напряжения, так и на уровне поведения. Меньше стали вспышки ярости или насилия, сократились ссоры и конфликты с окружающими. Настроение этих пациентов под воздействием лечения и психотерапии стало более стабильным, снизилось общее количество симптомов, которые беспокоили ветеранов.

У ветеранов наряду с уменьшением соматических симптомов снизились общая тревожность, чувство постоянного беспокойства, увеличился интерес к жизни, появилось ощущение большей жизненной энергии.

## ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Как видно из полученных результатов, данная модель значительно улучшила состояние участников войны.

При этом улучшились параметры, которые в других исследованиях ухудшали или даже делали невозможной психотерапию и реабилитацию данного контингента больных: агрессивность и враждебность [13], а также, несмотря на существующее мнение отдельных исследователей, считающих, что ресурсы группы (терпимость, понимание), психотерапевта и членов группы весьма ограничены в работе с агрессивным поведением [14]. Изменились также показатели соматизации. Известно, что соматизация является своеобразной психологической защитой, защищающей пациентов с психическими расстройствами от дизадаптации [15]. По мере того, как изменялись установки ветеранов, улучшалась их социализация в результате реабилитации и психотерапии, отпала необходимость в такой компенсаторной реакции, как соматизация. Это, в свою очередь, приводит, к улучшению как психического, так и соматического здоровья.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Комплексная биопсихосоциальная модель реабилитации с ведущей личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапией достоверно улучшила клинико-психологические, социальные и соматические характеристики комбатантов. Для эффективного лечения и реабилитации участников войны необходим комплексный подход. Необходимо продолжать многомерное исследование оценки эффективности разработанной программы лечения. В рамках этого исследования должны быть оценены как отдельные компоненты лечебной модели, такие как фармакотерапия и отдельные виды психотерапии, так и эффективность созданного терапевтического окружения и среды.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Снедков Е.В., Резник А.М., Трущелев С.А. Реакции боевого стресса: Учебное пособие. – М.: Медкнига, 2007. – 272 с.
2. Everly G.S. Jr. Psychotraumatology: two-factor formulation of posttraumatic stress// *Integ. Physiol. Beh. Scien.* – 1993. – Vol. 28, № 3. —P. 270-278.
3. Решетников М.М. Психическая травма. — СПб., 2006. — 322 с.
4. Лыткин В.М. Посттравматические стрессовые расстройства у ветеранов локальных войн // *Война и психическое здоровье.* Юби-

лейная науч. конф., посвященная 90-летию со дня рождения проф. Ф.И. Иванова. – СПб., 2002. – С. 45 – 52.

5. Эффективная терапия посттравматического стрессового расстройства // Под ред. Э. Фoa, Т.М. Кина, М. Фрийдмана. — М.: Когито-Центр, 2005. – 467 с.
6. Литвинцев С.В., Снедков Е.В., Резник А.М. Боевая психическая травма: Руководство для врачей – М.: Медицина, 2005. – 432 с.
7. Мясичев В.Н. Психология отношений: избранные труды. //Ред. Бодалев А.А. – М., 1998. – 416 с.
8. Психотерапия // Под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб.: Питер, 2007. – 672 с.
9. Derogatis L.R. et al. The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A self-report symptom inventory // *Beh. Scien.* – 1974. – Vol. 19. – P. 1–15.
10. Viola J., Ditzler T., Batzer W. et al. Pharmacological management of post-traumatic stress disorder: clinical summary of a five-year retrospective study, 1990-1995// *Mil.Med.* – 1997. – Vol.162, № 9–P. 616-9.
11. Begic D., Jokic-Begic N. Aggressive behavior in combat veterans with post-traumatic stress disorder // *Mil. Med.* – 2001. – Vol. 66, № 8. – P. 671-688.
12. Novaco R.W., Chemtob C.M. Anger and trauma: conceptualization, assessment, and treatment. In *Cognitive-Behavioral Therapies for Trauma.*, Edited by Follette VM. Ruzek JL, Abueg F. New York, Guilford Press – 1998. – P.162-90.
13. Stevenson V.E. Premature treatment termination by angry patients with combat-related post-traumatic stress disorder // *Mil. Med.* – 2000. – Vol. 165, № 5. – P. 422-444.
14. Hassan S., Cing-Mars C., Sigman M. Conflict in group therapy of chronic schizophrenics: Coping with aggression // *Am. J. Psychoth.* – Vol. 54, № 2. – P. 243 – 256.
15. Hotopf M., Wadsworth M., Wessely S. Is "somatisation" a defense against the acknowledgment of psychiatric disorder? // *J. Psychosom. Res.* – 2001. – Vol. 50, № 3. – P. 119-24.

## РЕЗЮМЕ

Предложена и проведена оценка эффективности биопсихосоциальной модели лечения и реабилитации комбатантов. С помощью опросника SCL-90 были обследованы участники войны до и после лечения. Выявлена положительная динамика по всем шкалам опросника. Наибольшие изменения произошли по шкалам «враждебности» ( $p < 0,001$ ) и «соматизации» ( $p < 0,01$ ). Сделан предварительный вывод об эффективности данной модели реабилитации ветеранов, а также указано на необходимость продолжения изучения данного вопроса.

**Ключевые слова:** комбатанты, реабилитация, биопсихосоциальный подход, личностно-ориентированная психотерапия.

## ABSTRACT

Effectiveness of the biopsychosocial rehabilitation and treatment model for combat veterans was given and evaluated. The combatants were examined with the help of SCL-90 questionnaire before and after the treatment. Positive dynamics for every scale in the questionnaire was found. The scales "Hostility" and "Somatization" showed the most significant changes ( $p < 0,001$  and  $p < 0,01$  correspondingly). A preliminary conclusion about the effectiveness of this rehabilitation model for combat veterans was made and this revealed an urgent need for further investigation into this matter.

**Key notions:** combatants, rehabilitation, biopsychosocial approach, personality-oriented psychotherapy.