

брожения входят вода, спирты, углеводы, органические и минеральные кислоты, минеральные вещества, микроэлементы, азотистые вещества, дубильные вещества, красящие вещества, ароматические вещества, сложные эфиры, альдегиды и ацетали, экстрактивные вещества, витамины и ферменты, пищевые волокна. Натуральное сухое виноградное вино, используемое для энотерапии, характеризуется высоким уровнем содержания биологически активных веществ (фенольные кислоты, флавонолы, полифенолы, антоцианы, стильбены) и антиоксидантной активностью. Содержание биологически активных веществ должно обеспечивать рекомендуемые величины их суточного потребления для взрослого человека в составе 125-250 мл вина. Определение содержания биологически активных веществ в вине производится в специализированных, аттестованных биохимических лабораториях. Для биологически активных веществ, содержащихся в вине, нормативными документами определены адекватные и верхние допустимые уровни их потребления: фенольные кислоты – 100мг-300мг; флавонолы – 30-100 мг; полифенолы – 200-600 мг; антоцианы – 50-150 мг; стильбены – 10-40 мг. В каждом литре натурального сухого виноградного вина содержится до 80 г спирта, нетоксичная норма потребления спирта (не более 20 граммов для взрослого человека в пересчете на чистый спирт) содержится в одном бокале вина (250 мл). Полезные свойства этилового спирта эффективнее сказываются в вине, чем в водно-спиртовых растворах, так как спирт в натуральном сухом виноградном вине находится в небольших концентрациях (10-15%) в сочетании с другими биологически активными веществами и потребляется всегда вместе с пищей.

Многолетний опыт применения энотерапии в Марфинском центральном военном клиническом санатории обобщен в монографии [11], подготовленной к изданию совместно с Ассоциацией специалистов восстановительной медицины, и активно распространяется в рамках программы медицины антистарения.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Абдрахманов Д.Т. Алкогольная болезнь печени // Рос. журн. гастроэнт., гепатолог., колопроктол. – 2007. – № 6. – С. 4-10.
2. Бобров А.Н., Павлов А.И., Плюснин С.В. и др. Этиологический профиль циррозов печени с летальным исходом у стационарных больных // Рос. журн. гастроэнт., гепатолог., колопроктол. – 2006. – № 2. – С. 19-24.

3. Буеверов А.О., Маевская М.В. Ивашкин В.Т. Дифференцированный подход к лечению алкогольных поражений печени // Рос. журн. гастроэнт., гепатолог., колопроктол. – 2005. – № 1. – С. 4-9.
4. Coffin P.O., Sharpe B.A. Cause of death in alcoholic hepatitis // J. Hosp. Med. – 2007, Jan. – V. 2. – № 1. – P. 51-52.
5. Изменение этиологических факторов циррозов печени у стационарных больных (1992 – 2005 гг.): алкогольный цирроз выходит на первое место по числу больных и высокой летальности / Хазанов А.И., Васильев А.П., Пехташев С.Г. и др. // Клиническая гепатология. – 2006. – № 2. – С. 11-16.
6. Демографическая политика России: от размышлений к действию. Редакционная статья // Вестник Московского терапевтического общества. – 2008. – № 10. – С. 3.
7. Леонтьева М.В. Особенности распространения употребления алкоголя подростками и молодежью в образовательной среде // Вопросы наркологии. – 2007. – № 1. – С. 31-38.
8. Хазанов А.И. К клинике и исходам алкогольных циррозов печени // Актуальные вопросы патологии печени под редакцией Х.Х. Мансурова. Вып. 7 (Алкоголь и печень). – Душанбе. – 1976. – С. 159-168.
9. Кедрова М.И. Лечение виноградным вином. – С.-Пб. – 2006. – 126 с.
10. Кузьмина А.В., Шевченко В.Н. Здоровье, даруемое виноградной лозой. – М. – 2003. – 141 с.
11. Шалыгин Л.Д. Вино в восстановительной медицине и медицинской реабилитации // Под ред. А.И.Труханова. – М, 2007. – 258 с.

#### РЕЗЮМЕ

Автором выполнено исследование взаимосвязи характера и частоты возникновения алкогольной болезни печени и потребления пациентом алкоголя с последующей разработкой практических рекомендаций в рамках просветительской медицинской деятельности. Указывается, что алкогольная болезнь печени относится к распространенным заболеваниям, выявляющимся у 10% - 25% мужского населения большинства развитых стран. Показано, что у больных алкогольным циррозом печени отмечена самая низкая средняя продолжительность жизни ( $54,9 \pm 10,2$  года), а в подгруппе умерших при его сочетании с общим ожирением данный показатель составил  $49,6 \pm 9,8$  года. С позиций основ восстановительной медицины (формирование культуры здорового образа жизни) необходимы проведение комплексной (врач – больной) медицинской просветительской деятельности (антиалкогольной пропаганды) с учетом представленных в настоящей статье практических рекомендаций, отобранной несостоятельностью ряда известных изречений («мифов»), опровергающих злоупотребление алкоголем, и разработка комплексной программы по лечебному применению натуральных вин (энотерапии).

#### ABSTRACT

“Prevention measures of liver alcoholic disease and enotherapy in recovery medicine: myths and reality”

Author made a research about correlation of type and frequency of patient alcoholic liver disease appearance and doses of alcohol drinking. After this the practice recommendations (according to the train medicine) have been developed. Alcoholic liver disease is a widespread type of disease (10-25% of manhood in high-developed countries). It was shown that patients with alcoholic liver cirrhosis have the lowest life duration ( $54,9 \pm 10,2$  years), (if patients additionally have obesity than life duration was  $49,6 \pm 9,8$  years). According to the recovery medicine the complex (doctor - patient) training activity is necessary for the antialcoholic popularization subject to the practice recommendations of this article. This recommendations show unfoundedness of the “myths row”, justifying alcohol long usage and development of special program of the vine treatment (enotherapy).

## ГРУППОВЫЕ (ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ) МЕТОДЫ РЕАБИЛИТАЦИИ И ЛЕЧЕНИЯ УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ

КОЛОВ С.А., к.м.н., врач-психотерапевт

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

#### АННОТАЦИЯ

Обсуждается значение групповых психосоциальных методов в системе реабилитации ветеранов боевых действий. Рассмотрены когнитивно-поведенческие, психодинамические, экзистенциальные подходы в групповой психотерапии комбатантов. Приведены показания и противопоказания, а также данные по эффективности различных групповых техно-

логий. Показаны особенности применения психосоциальных моделей в зависимости от уровня адаптации комбатантов. Обращается внимание на необходимость дальнейшего изучения и поиска эффективных методов групповой психологической коррекции для участников войн.

**Ключевые слова:** реабилитация, групповая психотерапия, комбатанты.

## ВВЕДЕНИЕ

Связанные с боевым стрессом расстройства, в т.ч. посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), приводят к выраженной психической и социальной дизадаптации ветеранов войн и часто составляют серьезную проблему для лечения и реабилитации [1] из-за специфических характерологических изменений [2] и толерантности к лечению [3]. В литературе по лечению и реабилитации участников боевых действий приводится широкий перечень психотерапевтических методов лечения и коррекции: поведенческие, когнитивные, динамические и т.п. Но отмечается, что в настоящее время нет ни методов терапии, способных купировать все проявления как «боевого» посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), так и других психических изменений у комбатантов, ни базовой теории или модели, на которой такая психотерапия могла бы основываться [4]. У многих ветеранов, несмотря на лечение, с годами усиливаются симптомы гиперреактивности, растет склонность к социальной изоляции и не повышается уровень занятости [5]. Низкий уровень социального функционирования и качества жизни ветеранов войн скорее всего связан с недостаточной вовлеченностью данного контингента больных в программы психосоциальной реабилитации.

Психологическая травма затрагивает не только индивидуума, но и окружающих его людей. Семьи, соседи и, даже целые поколения могут чувствовать результаты психических нарушений у ветеранов. Отношения с близкими людьми у комбатантов могут настолько обостряться, что вызывают вторичную травматизацию у членов семей ветеранов [6]. Из-за социальной природы последствий психологической травмы лечение ветеранов войн должно включать в себя проработку отношений ветерана с другими людьми, с социумом. Групповая психотерапия оптимальным образом подходит для этой цели, предоставляя превосходные возможности для социальной поддержки, социальной реинтеграции и изучения отношений между людьми [7]. Но это не единственный довод в пользу применения психосоциальных методик у ветеранов боевых действий. Группы – неотъемлемая составная часть военного опыта практически любого военнослужащего. Каждый солдат является частью какой-нибудь группы: во время обучения военной специальности и приобретения боевого опыта, несения службы, участия в военных действиях. Таким образом, для военнослужащего являются привычными адаптация и обучение новым навыкам в условиях группы. Это еще одна из причин, почему групповая терапия и консультирование могут оказаться наиболее подходящими формами психологической и психотерапевтической работы с данным контингентом.

Реабилитация с помощью групповых методов предоставляет поддерживающую окружающую среду, место, где они могут чувствовать себя удобно, комфортно, а также, где их принимают такими какие они есть, без осуждения и оценки [8]. Это особенно важно для участников войны, которые реинтегрируются в общество и испытывают при этом множество проблем, включая психические расстройства, проблемы с трудоустройством и/или социальной поддержки.

## РАЗЛИЧНЫЕ МЕТОДЫ ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ КОМБАТАНТОВ

Со времени Второй мировой войны все больше именно группа становилась основной единицей исследовательского интереса и терапии травмы [9]. Несмотря на достаточно длительную историю применения групповой психотерапии в психологической коррекции комбатантов – начиная с окончания второй мировой войны [10], до сих пор дискутируется вопрос о том, как проводить группу у ветеранов боевых действий, проговаривать ли ситуацию травмы? Подход, сосредоточенный на анализе травмы, часто используется в так называемых вскрывающих или сфокусированных на травме группах, которые долгое время считались единственно эффективным способом терапии психической травмы [11]. Jones F.D. (1995) представляет прямо противоположную точку зрения и пишет о том, что в процессе групповой психотерапии комбатантов рекомендуется сосредоточить внимание на текущих проблемах и не превращать проговаривание переживаний в бесконечное погружение в прошлое, сопровождающееся навязчивыми воспоминаниями, чувством вины и т.п. [12].

Сфокусированная на травме групповая психотерапия относится к методам лечения первого поколения, которые сосредотачиваются на том, чтобы получить доступ к психической травме и затем осуществлять лечебную работу через боевой стресс, когда участники в подробностях и деталях описывают свой боевой травмирующий опыт и связанные с этим события, а также собственные чувства и мысли [13].

На работу непосредственно с травмой ориентированы такие концептуально разные психологические подходы, как когнитивно-поведенческая и психодинамическая психотерапия. Общими для этих подходов, кроме сосредоточенности на травматическом опыте, являются процесс раскрытия и разделения с остальными участниками своего опыта травмы, развитие необходимого для этого доверия в группе, а также стремление к нормализации связанных с травмой реакций и поведения [14]. В когнитивно-поведенческой терапии применяются обычные для этого вида терапии техники наполнения (подвергания, флудинга) [15], но не включается систематическое применение компонентов лечения, которые являются центральными в большинстве познавательных-поведенческих подходов: управление напряжением и обучение расслаблению или познавательное переструктурирование [16].

Психодинамическое понимание боевой травмы сводится к понятию так называемой «двойной» травмы, основанного на взаимоотношениях между опытом детства и боевой травмой [14], а также подвергает анализу эффекты и влияние этих взаимоотношений на проблемы взрослого человека, его взаимоотношения с другими людьми. Подчеркивается существенное отличие такого подхода от существующих парадигм группового лечения боевой травмы и требует формирования новой стратегии лечения [17].

В литературе приводятся прямо противоположные мнения об эффективности данных программ лечения и реабилитации. Одни исследователи го-

ворят о хорошей эффективности групповой ориентированной на травму терапии [18], другие – о ее малой эффективности и даже возможной вредности, а также и достаточно высоком количестве осложнений в 25-30% [19]. Последние исследования не подтвердили предположений о вредности сфокусированного на травме подхода, симптоматика ПТСР не утяжелялась, но и достоверно не улучшалась [20], что заставляет авторов сомневаться в эффективности такого вида лечения.

Недостаточная или сомнительная эффективность психосоциальных моделей первого поколения привели как к модернизации старых программ, когда в классическую терапию наполнением (подверганием) стали включаться для восполнения дефицитов в межличностном взаимодействии элементы обучения основным социальным навыкам [21], так и к разработке новых, более масштабных моделей лечения, ориентированных на иные аспекты психики пациента, помимо психической травмы и симптомов ПТСР. Эти программы стали называться моделями «второго поколения» или «покрывающими», в противовес сфокусированным на травме «вскрывающим» техникам. Программы второго поколения сосредоточились на том, чтобы воссоединить ветеранов в социальном контексте с семьей, работой и улучшить их способность функционировать в обществе [13]. В этих лечебных программах фокус терапевтического процесса сместился с переработки и разрешения травмы на более широкий контекст психосексуального развития индивида, объектных отношений, а также пре- и посттравматические факторы риска и способности к адаптации, системы социальной поддержки, уровень функционирования. При этом учитывалось влияние психической травмы на все указанные сферы. Во время групповой психотерапии решались актуальные на данный момент вопросы безопасности, функционирования и восстановления социальных связей. Появление моделей второго поколения связано также с появлением представлений о фазово-ориентированном лечении ПТСР, которое должно быть поэтапным, дозированным, с постепенным продвижением к решению задач более высокого уровня. Эти представления основаны на теоретической модели, связанной с развитием адаптации и концепцией первичной и вторичной травматизации. Так называемая первичная травма представляет собой боевой начальный травмирующий опыт, а вторичная, социальная по своей природе, является последующим расстройством в отношениях между оставшимся в живых солдатом и его социальной окружающей средой [13]. После возвращения из зоны боевых действий у ветеранов отмечается болезненная реадaptация к новым условиям существования. Боевая обстановка и мирные условия настолько противоположны, что после выхода из зоны боевых действий на фоне этих изменений стрессогенной оказывается уже «обычная» жизнь [22].

Перенос фокуса работы на реконструкцию и переработку травматических воспоминаний обычно происходит только в тех случаях, если отсутствует тенденция к ослаблению посттравматической симптоматики пациента и/или пациент нуждается в такой проработке для обретения и поддержания чувства безопасности.

Крупное рандомизированное исследование, проведенное на большой выборке ветеранов (360 человек) с посттравматическим стрессовым расстройством, не выявило преимуществ травмо-фокусированного подхода перед групповой терапией, ориентированной на настоящее (т.е. между психосоциальными программами первого и второго поколений) по всем изучаемым параметрам: уменьшению тяжести симптомов, функционированию и т.п. [23]. Но отмечено, что достоверно чаще комбатанты досрочно прекращали лечение в травмо-фокусированных группах по сравнению с группами, ориентированными на текущие жизненные проблемы.

Не выявлены также преимущества какого-либо вида психотерапии перед остальными в лечении ПТСР, в том числе связанного с войной [18]. Хотя в некоторых работах отмечается преимущество динамической групповой психотерапии перед когнитивно-поведенческой для изменения уровня гнева у комбатантов [24].

### **ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНАЯ ГРУППОВАЯ ТЕРАПИЯ**

Боевая психическая травма затрагивает не только психолого-социальный уровень функционирования индивидуума, но экзистенциальную сферу личности [25]. У ветеранов боевых действий затронутыми оказываются глубокие экзистенциальные вопросы, связанные с потерей смысла жизни. В то время, как уменьшается симптоматика психических расстройств в результате лечения, они могут остаться с психологической болью и в некоторых случаях чувствовать себя безнадежными для лечения и адаптации [26]. В отличие от вышеописанных методов психотерапии, которые сосредотачиваются на психопатологии и психологических симптомах, экзистенциальное лечение сосредотачивается на поисках смысла, а не на облегчении (вылечивании) симптомов [25]. Хотя уменьшение клинических проявлений может быть побочным продуктом успешной терапии, основанной на смысле. Southwick S.M. et al (2006) идентифицировали четыре основные экзистенциальные проблемы, с которыми типично борются ветераны с ПТСР и что потенциально служит барьерами к терапевтическому изменению. Это: а) сильное изменение уровня субъективного контроля; б) отсутствие перспективы будущего; в) вина оставшегося в живых и г) потеря смысла и цели.

К этим четырем основным экзистенциальным проблемам обращаются при групповой логотерапии, используя одновременно управляемые врачом, ориентируемые на действие вмешательства, заключающиеся в побуждении участников группы участвовать в социальном обеспечении. Это является неотъемлемой частью лечения, цель которого – помочь ветеранам обнаружить смысл через помощь другим, через собственные творческие усилия и личное участие в этом процессе. Участие в социальном обеспечении также помогает ветеранам сформировать необходимые навыки социализации и реинтегрироваться в жизнь мирного сообщества, противодействуя собственным симптомам замкнутости и отчужденности. «Миссия оставшегося в живых» помогает изменить локус контроля, поскольку ветераны при этом начинают рассматривать себя не как жертвы обстоятельств, а больше как развивающиеся личности. Принципы экзистенциализма осно-

ваны на том, чтобы человек стал ответственным за свою жизнь, действия и т.д., обходясь без передачи личной ответственности более высоким силам, таким как Бог, религия, общество или родители. И если перед началом терапии они считают, что должны излечить себя прежде, чем они смогут помочь другим, то в течение социализированной групповой логотерапии меняют свои убеждения на другое – помогая другим, каждый помогает себе [26].

### **ОТБОР И ПОДГОТОВКА КОМБАТАНТОВ К ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ**

Правильная групповая терапия начинается с правильного отбора пациентов [27].

Необходимо тщательно выбирать таких пациентов для групповой психотерапии, которые будут в состоянии хорошо вместе функционировать, способствовать развитию и прогрессу группы, адекватно выражать свои эмоции и внутренний опыт, принимать чувства других людей [28]. Особенно этот момент важен для участников войны, так как они относятся к контингенту, который часто прерывает терапию [27].

Существуют общие противопоказания для всех типов групп. Обычно авторы указывают в качестве критериев исключения психотические состояния, зависимость от психоактивных веществ в стадии неполной ремиссии, а также антисоциальное расстройство личности (социопатию), при котором отмечается недостаток (дефицит) в проявлении сочувствия, эмпатии, а также неспособность построить доверительные отношения, которые являются необходимыми в процессе групповой работы [27,28].

Walhberg I. (1997) выделяет алексетирию как еще один фактор, выявление которого у ветеранов может препятствовать групповому процессу. Индивидуумы с этим расстройством часто имеют серьезные трудности в оценке и выражении своих собственных чувств, эмоций, ощущений, способности разделить субъективный опыт от чужого, поэтому сомнительно, что они могли бы извлечь выгоду из групповой психотерапии, состоящей из обмена между участниками своим внутренним миром.

Поскольку сфокусированная на травме групповая психотерапия может усилить некоторые проявления ПТСР, другим противопоказанием для такого вида групп является проблемы со здоровьем (хотя это и не подтверждено доказательными исследованиями) [13], которые могут препятствовать интенсивному физиологическому проживанию травмы.

При отборе участников войн для групповой психотерапии необходимо помнить, что некоторые пациенты борются за получение правовой и/или финансовой компенсации и обращаются к врачу или к психологу только за подтверждением этого [21]. Ясно, что недостаток мотивации значительно снижает эффективность терапии. В этом контексте необходимо отметить исследование Kutter C.J. et al. (2004), которые выяснили, что комбатанты с большей тяжестью ПТСР чаще изъявляют добровольное желание групповой терапии и реже прерывают терапию по сравнению с ветеранами, у которых выраженность симптомов ПТСР меньше [29]. Т.е. действует принцип «чем хуже, тем лучше» и, возможно, тяжесть ПТСР усиливает мотивацию пациентов к групповой психотерапии и терапии вообще, этот

эффект отмечался при других заболеваниях, например, онкологических [30].

Существуют противоречивые моменты в отборе и формировании сфокусированных на травме групп. Так, Walhberg I. (1997) считает, что для достижения эффективности в когнитивно-поведенческой виде терапии группа должна быть гомогенной по составу участников, с однородным типом травмы. Приверженцы психодинамического подхода в групповой психотерапии считают, что гомогенность является отрицательным фактором, который увеличивает зависимость ветеранов от группы, помогает сохранять такие незрелые защитные механизмы как регресс, что в конечном итоге приводит к снижению эффективности групповых методов лечения [31]. Отмечается, что когнитивно-поведенческие и психодинамические методы действуют на разные симптомы, имеют разные цели-«мишени» и, значит, разные показания для включения комбатантов в группу. Поведенческая психотерапия особенно эффективна для преодоления избегающего поведения, а также для снижения интенсивности флэшбэков и сверхвозбуждения. Сомнительна эффективность данного вида психотерапии для снятия таких проблем, как эмоциональная глухота, ограниченность аффекта, отчужденность и связанные с этим трудности социальных контактов (т.н. «минус»-симптомы), или не оказывает существенного влияния на контроль за гневом [1]. Существует точка зрения, что поведенческая психотерапия неэффективна для пациентов, которые нанесли своими действиями кому-либо вред, т.е. в тех случаях, когда основной эмоцией является чувство вины [32]. Напротив, специалисты, практикующие психодинамический подход, предлагают его как основной метод лечения для того, чтобы иметь дело с такими проблемами участников войны во Вьетнаме, как одиночество, вина и беспомощность, которыми те часто страдают [11].

Yalom I.D. (1995) считает, что подготовка к групповой терапии является одним из важнейших компонентов этого вида лечения, который определяет последующую эффективность лечения и именно ему необходимо уделять наиболее пристальное внимание групповых терапевтов. Когнитивный подход требует при подготовке пациента к терапии выполнить следующие задачи: дать рациональное объяснение терапевтического процесса, поскольку терапия, особенно сфокусированная на травме, может на короткое время обострить состояние, ветераны могут прекратить из-за этого лечение. Один из способов предотвратить такие осложнения — предупредить о возможных негативных последствиях такого вида психотерапии. Для этого необходимо рационально объяснить будущему участнику группы суть метода и ощутить реалистичные ожидания, предвосхитить проблемы и дисфорию, сопровождающие первые сеансы. Далее следует описать, какое поведение ожидается от пациентов; заключить договор о посещаемости; внушить надежду на положительное воздействие группы; выстроить обязательства по терапевтическому эффекту [27].

### **ОБСУЖДЕНИЕ**

Несмотря на очевидную важность психосоциальных, групповых методов для реабилитации и лечения комбатантов, в настоящее время не достает научно

обоснованных данных в этой области. Будущие исследования должны сосредоточиться на том, чтобы выявить факторы, увеличивающие эффективность этих психотерапевтических техник, при использовании действенных и всесторонних инструментов оценки, применяя современные методологические принципы для оценки эффективности психотерапии и реабилитации [27], учитывая при этом, что формирование современных моделей лечения боевого ПТСР проходит под влиянием поиска возможностей снижения стоимости лечения, а значит, краткосрочных экономически эффективных методик психологической коррекции и психотерапии [33].

## ЛИТЕРАТУРА

1. Turner S.M., Beidel D.C., Frueh B.C. Multicomponent behavioral treatment for chronic combat-related posttraumatic stress disorder: trauma management therapy// *Behav. Modif.* – 2005. – Vol. 29, № 1. – P. 39-69.
2. Решетников М.М. Психическая травма. – СПб., 2006. – 322 с.
3. Эффективная терапия посттравматического стрессового расстройства // Под ред. Э. Фоа, Т.М. Кина, М. Фридмана. – М.: «Когито-Центр», 2005. – 467 с.
4. Everly G.S. Jr. Psychotraumatology: two-factor formulation of posttraumatic stress// *Integ. Physiol. Beh. Scien.* – 1993. – Vol. 28, № 3. – P. 270-278.
5. Johnson D.R., Fontana A., Lubin H. et al. Long-term course of treatment-seeking Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder: mortality, clinical condition, and life satisfaction// *J. Nerv. Ment. Dis.* – 2004. – №192. – P. 35-41.
6. Galovski T., Lyons J.A. Psychological sequelae of combat violence: A review of the impact of PTSD on the veteran's family and possible interventions// *Aggr. Viol. Behav.* – 2004. – Vol.9. – P.477-501.
7. Allen S.N. Bloom S.L. Group and family treatment of post-traumatic stress disorder// *The Psychiatric Clinics of North America.* – 1994. – Vol. 17, № 2. – P. 425-437.
8. Harrington K., Whitmarsh L. Group Therapy for Veterans Post-Deployment// *N.J. Jour. Profes. Counsel.* – 2006. – Vol. 58, № 5. – P. 5-15.
9. Van der Kolk B., Weisaeth L., Van der Hart O. History of trauma in psychiatry // *Traumatic stress. The effects of overwhelming experience on mind, body, and society.* Edited by Van der Kolk B., McFarlane A.C., Weisaeth L. The Guilford press. 1996. P. 47-74.
10. Jones E. War and the Practice of Psychotherapy: The UK Experience 1939-1960// *Med. Hist.* – 2004. – Vol. 48, № 4. – P. 493-510.
11. Koller P., Marmar C.R., Kanas N. Psychodynamic group treatment of posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans// *Int. J. Gr. Psychoth.* – 1992. Vol. 42, № 2. – P. 225-246.
12. Jones F.D. Chronic post-traumatic stress disorder In F. D. Jones, L. R., Sparacino, V. L. Wilcox, J. M. Rothberg, & J. W. Stokes (Eds.) *War psychiatry.* Hardcover Publisher: Dept. of the Army, 1995—P. 409-430.
13. Johnson D.R., Feldman S. C., Southwick S. M., Charney D. S. The concept of the second generation program in the treatment of post-traumatic stress disorder among vietnam veterans // *J. Traum. Stress.* – 1994. – Vol. 7, № 2. – P. 217-35.
14. Kingsley G. Contemporary group treatment of combat-related posttraumatic stress disorder// *J. Am. Acad. Psychoanal. Dyn. Psychiatry.* – 2007. – Vol. 35, № 1. – P. 51-69.
15. Оливие Т.Дж.Ф. (Olivier T.J.F.). Посттравматическое стрессовое расстройство // *Русский медицинский журнал.* – 1995. – № 4. – С. 29-31.
16. Follette V.M., Ruzek J.I., Abueg F.R. *Cognitive-Behavioral Therapies for Trauma.* —New York, Guilford, 1998. – 391 p.
17. Goodman M, Weiss D. Double trauma: a group therapy approach for Vietnam Veterans suffering from war and childhood trauma// *Int. J. Group Psychother.* – 1998. – Vol. 48, № 1. – P. 39-54.
18. Bisson J., Andrew M. Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD)// *Cochrane Database Syst Rev.* – 2005. – Vol. 18, № 2. – P. 10-21.
19. Foy D.W., Kagan B.L., McDermott C. et al. Practical parameters in the use of flooding for treating chronic PTSD// *Clin Psychol. Psychother.* – 1996. – № 3. – P. 169-75.
20. Ruzek J.I., Riney S.J., Leskin G. et al. Do post-traumatic stress disorder symptoms worsen during trauma focus group treatment?// *Mil. Med.* – 2001. – Vol. 166, № 10. – P. 898-902.
21. Калмыкова Е.С. Мисько Е.А., Тарабрина Н.В. Особенности психотерапии посттравматического стресса// *Психологический журнал.* – 2001. – № 4. – С. 70-80.
22. Лазебная Е.О., Зеленова М.В. Военно-травматический стресс: особенности посттравматической адаптации участников боевых действий // *Психологический журнал.* – 1999. – № 5. – С. 62-74.
23. Schnurr P.P., Friedman M.J., Foy D.W. et al. Randomized trial of trauma-focused group therapy for posttraumatic stress disorder. Results from a Department of Veterans Affairs cooperative study// *Arch. Gen. Psychiatry.* – 2003. – № 60. – P. 481-489.
24. Lanza M.L., Anderson J., Boisvert C.M. et al. Assaultive behavior intervention in the Veterans Administration: psychodynamic group psychotherapy compared to cognitive behavior therapy // *Persp. Psych. Care.* – 2002. – Vol. 38. – № 3. – P. 89-97.
25. Shalev A.Y., Galai T., Spencer Eth. Levels of Trauma: A multidimensional approach to the treatment of PTSD// *Psychiatry.* – 1993. – Vol. 56, № 2. – P.166-177.
26. Southwick S.M., Gilmartin R., McDonough P., Morrissey P. Logotherapy as an Adjunctive Treatment for Chronic Combat-related PTSD: A Meaning-based Intervention// *Amer. J. Psychother.* – 2006. – Vol. 60, № 2. – P. 161-174.
27. Yalom I.D. *The theory and practice of group psychotherapy* (4th ed.). – New York: Basic Books, 1995. – 595 p.
28. Walhberg L. Selecting patients for trauma focus group therapy// *National Center for Posttraumatic Stress Disorder Clinical Quarterly* – 1997. – Vol. 7, № 1. – P. 3-5.
29. Kutter C.J., Wolf E.J., McKeever V.M. Predictors of veterans participation in cognitive-behavioral group treatment for PTSD// *J Trauma Stress.* – 2004. – Vol. 17, № 2. – P. 157-62.
30. Yalom I.D. *Existential Psychotherapy* – New York: Basic Books, 1980. – 481 p.
31. Britvic D, Radelic N, Urcic I. Long-term dynamic-oriented group psychotherapy of posttraumatic stress disorder in war veterans: prospective study of five-year treatment// *Croat. Med. J.* – 2006. – Vol. 47, № 1. – P. 76-84.
32. Pitman R.K., Altman B., Greenwald E. et al. Psychiatric complications during flooding therapy for posttraumatic stress disorder // *J. Clin. Psychiatry.* – 1991. – № 52. – P. 17-20.
33. Курти К. А., Блюм С.Л. Лечение в стационаре // В кн. Эффективная терапия посттравматического стрессового расстройства// Под. Ред. Фоа Э.и др. – М., 2005. – С. 239-269.

## РЕЗЮМЕ

Обсуждается значение групповых психосоциальных методов в системе реабилитации ветеранов боевых действий. Рассмотрены когнитивно-поведенческие, психодинамические, экзистенциальные подходы в групповой психотерапии комбатантов. Приведены показания и противопоказания, а также данные по эффективности различных групповых технологий. Показаны особенности применения психосоциальных моделей в зависимости от уровня адаптации комбатантов. Обращается внимание на необходимость дальнейшего изучения и поиска эффективных методов групповой психологической коррекции для участников войн.

**Ключевые слова:** реабилитация, групповая психотерапия, комбатанты.

## ABSTRACT

The significance of group psychosocial methods for the rehabilitation system of combat veterans was discussed. The cognitive-behavioral, psychodynamic and existential approaches for combatant group psychotherapy were studied. There were indications and contraindications alongside with the data on the efficiency of different group techniques given in the article. The peculiarities of applying psychosocial models dependent upon the adaptation level of combat veterans were showed. The necessity of further investigation and search for efficient methods of group psychological correction for combat veterans will require undivided attention.

**Key notions:** rehabilitation, group psychotherapy, combatants.