

4.5. Психокоррекция и психотерапия в системе медицинской реабилитации участников боевых действий, а также больных с посттравматическим стрессовым расстройством.

С учётом того, что реабилитология по-настоящему ещё только развивается, так же, как и психосоматическая медицина, включая аспекты психотерапии и психокоррекции в этой сфере, в настоящее время накапливается положительный опыт и выработка чётких, удовлетворяющих всех специалистов стандартов в этой сфере (Пушкарев А.Л.с соавт., 2000; Апеннянский А.И., 2004; Готова Г.В., 2004; Дереча В.А.с соавт., 2004; Кузнецов А.А., 2004; Пермякова О.А.с соавт., 2004; Фаттахов В.В., 2004). Применение методов психологической помощи больным с различной патологией на этапе медицинской реабилитации достаточно пока вариабельно и ориентировано на подготовленность специалиста, возможности клинического учреждения и мотивационные характеристики самого пациента. Тем не менее, есть наблюдения, подтверждающие некие общие принципы, способные помочь более рационально и эффективно ориентироваться в вопросах выбора методов психокоррекции в работе с разными группами больных. Например, пациенты, имеющие боевой опыт, так называемые комбатанты, независимо от наличия или отсутствия у них перенесённых **черепно-мозговых травм**, а также клинически подтверждённого диагноза **«посттравматическое стрессовое расстройство»**, на этапе медицинской реабилитации часто весьма неохотно идут на контакт с психологом или психотерапевтом. Для работы с такими пациентами стоит помнить о том, что психологическая травма «боевого опыта» требует намного больших сроков в преодолении этапов динамики такой травмы, пусть порой и не настолько выраженной, чтобы быть зафиксированной по критериям и стандартам нозологических форм. Групповая психотерапия здесь применима лишь при условии чётко зафиксированной готовности пациента в ней участвовать. Приблизить и ускорить процесс мотивации поможет индивидуальная работа с

пациентом в тех направлениях и в тех объёмах, которые приемлемы для него в данный период времени (Соловьёва С.Л., 2008).

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) – нарушение нормальной работы психики в результате единичной или повторяющейся психотравмирующей ситуации. В числе обстоятельств, провоцирующих развитие ПТСР – участие в военных действиях, сексуальное насилие, тяжелые физические травмы, пребывание в опасных для жизни ситуациях, обусловленных природными или техногенными катастрофами и т. п. ПТСР характеризуется повышенной тревожностью и навязчивыми воспоминаниями о травмирующем событии при настойчивом избегании мыслей, чувств, разговоров и ситуаций, так или иначе связанных с травмой (Ениколопов С.Н., 1998). У определённой части пострадавших при ЧС могут наблюдаться признаки «госпитализма» в процессе лечения (Аппенянский А.И., 2004). Они нуждаются в длительной психокоррекционной реабилитационной помощи.

Значительная распространенность (ПТСР) в результате экстремальных переживаний военного времени или различных техногенных и природных катастроф делает актуальной эту проблему для представителей различных медицинских специальностей и психологов. Дело в том, что необходимость длительной медико-психологической реабилитации пациентов с ПТСР часто сопровождается явлениями лекарственной интоксикации, фармакологической и психологической зависимости вследствие злоупотребления алкоголем или наркотиками с целью «снятия остроты» болезненных переживаний, воспоминаний или чувств (Пушкарев А.П., Доморацкий В.А., Гордеева Е.Г., 2000; Зилов В.Г., Миненко И.А., 2006). Отсюда, по мнению авторов, оправдан интерес практической медицины к научно-обоснованному применению в случаях ПТСР разнообразных методов нелекарственной терапии и комплексной реабилитации для коррекции нарушенного физического и психического здоровья. Для планирования психокоррекционных мероприятий, постановки правильного диагноза и назначения эффективного лечения и последующей реабилитации стоит учитывать последовательность

развития стрессового расстройства. **Первая стадия – мобилизация**, при которой реализуется адаптация поведения индивидуума к обстоятельствам экстремального стресса и выполнение возникающих задач. Далее следует **вторая стадия – иммобилизации**, когда человек выходит непосредственно из стрессовой обстановки, окружающая ситуация более не предъявляет к нему экстремальных требований, необходимость в крайних формах мобилизации отпадает. Но при этом возникают новые проблемы, отличающиеся от имеющихся на стадии мобилизации. Вторая стадия включает в себя две подстадии: «психологического оцепенения» и «отрицания психотравмы». «Психологическое оцепенение» отличается заторможенностью, замедленностью реакций, аффективной блокадой психических процессов, временной потерей трудоспособности. «Отрицание психотравмы» проявляется склонностью объяснять свои симптомы травматическими событиями и отрицанием роли психотравмы, её значения для состояния и самочувствия. В этот период человек хочет вычеркнуть из своей жизни все события, связанные с травматическим опытом. **Третья стадия – стадия агрессии**, с проявлениями раздражительности, возможными вспышками гнева, неуживчивостью, конфликтностью, тревожностью, осуждением и незаслуженными обвинениями других, нарушениями сна с кошмарными сновидениями. **Четвёртая стадия — стадия депрессивных реакций**, с подавленностью, чувством беспомощности, заторможенностью, пониженным настроением, упадком сил, проявлением психосоматических реакций. **Пятая стадия — восстановительный процесс**, характеризующаяся возникновением процессов освобождения от психотравмы под влиянием внутренних и внешних факторов (Зилов В.Г., Миненко И.А., 2006). А.Л.Пушкарев с соавт. (2000) описывает пять фаз ПТСР: 1) «начальное воздействие»; 2) «сопротивление/отрицание»; 3) «допущение/подавление»; 4) «декомпенсация»; 5) «совладание и выздоровление». На каждой из указанных стадий и фаз меры психокоррекционной помощи, выбор их способов и методов должны быть адекватными с точки зрения состояния пациента, его реабилитационного

потенциала и особенностей личностной динамики от поддерживающих на начальных стадиях, до более интенсивных и глубоких на стадии восстановительного процесса (групповая психотерапия, личностно-ориентированные методы и т.п.). У пациентов с хроническим и отсроченным ПТСР наблюдается как бы «застывание» между фазами «сопротивления/орицания» и «допущения/подавления» (Пушкарев А.Л., Доморацкий В.А., Гордеева Е.Г., 2000). Преодоление декомпенсации перед совладанием возможно при грамотном и последовательном комплексе психокоррекционных реабилитационных мероприятий.

В комплексе реабилитационных мероприятий с больными, переживающими психологическую травму, важно проведение соответствующей психообразовательной и психокоррекционной работы с персоналом, находящимся в эмоциональном контакте с пациентами с точки зрения профилактики профессиональных стрессовых расстройств (Аппенянский А.И., 2004). Кроме часто упоминаемого феномена эмоционального выгорания, работа с таким контингентом чаще, чем с другими больными, содержит риск развития так называемого STS-синдрома, или «вторичной травмы», способной приводить порой к выраженной профессиональной и личностной дезадаптации специалиста, вплоть до временной нетрудоспособности.