

провожающие невротические симптомы и эмоционально-волевые нарушения служат дополнительным критерием диагностики ПТГБ.

Данные функционального нейрофизиологического исследования (ЭЭГ) свидетельствуют о страдании функции интегративных структур головного мозга (связи лобных долей с базальными ганглиями и лимбическими структурами) и о неполноценности активирующих неспецифических систем мозга. Известно участие этих структур в формировании болевого поведения. Таким образом, терапия пациентов с хронической посттравматической головной болью должна проводиться совместными усилиями неврологов, психотерапевтов и психологов.

В лечении данной группы пациентов использовалась сочетанная медикаментозная терапия с применением препаратов ноотропного, вазоактивного действия, нейрометаболитов, антидепрессантов. Физиолечение, массаж, ЛФК. Учитывая особенности психопатологические отклонений, для краткосрочной психотерапии в условиях стационара использовались следующие техники: нейролингвистического программирования, гипносуггестия, телесно-ориентированная терапия, техника прогрессивной мышечной релаксации по Джекобсону. Индивидуальные занятия проводились 2-3 раза в неделю, групповые ежедневно. Все пациенты к концу курса лечения (18-20 дней) отмечали улучшение – ослабление цефалгического синдрома и психо-эмоциональных нарушений.

Своевременная диагностика и правильно спланированные комплексные медикаментозные и немедикаментозные терапевтические мероприятия обеспечивают хороший эффект лечения, а также способствуют повышению качества жизни пациентов.

Т.Ю. Дьячкова, Е.В. Фролова, Т.А. Шуклина (Новосибирск)

Опыт и значение психокоррекционной работы в комплексной реабилитации участников боевых действий

Современная медицинская практика показывает, что взаимодействие клиницистов разных специальностей способствует более широкому пониманию клинической картины болезни и успешному лечению выявляемой патологии. Особенно виден поворот интересов специалистов в области внутренних болезней, физиологии к проблемам личности, психике и их соотношения с патологией. Интеграция соматической и психиатрической медицины основана на признании роли психологических факторов в развитии многих соматических расстройств. Сочетание психических и соматических болезней является закономерным. При многих соматических болезнях психические, поведенческие и психосоциальные расстройства осложняют их течение, влияют на степень выраженности симптоматики, приводят к состояниям бессилия и беспомощности, существенно снижают качество жизни и ее продолжительность.

Одним из направлений в интеграции соматической и психиатрической медицины является концепция коморбидности соматических и психических расстройств и болезней [5]. Некоторые состояния, казалось бы, объяснимые соматическими причинами, на самом деле являются отражением депрессивных нарушений. одновременно с этим, анализ клинических признаков тревоги показал, что в ней можно выделить: а) соматические эквиваленты, б) когнитивные проявления, выраженные в нарушениях мышления; и в) поведенче-

ские компоненты, связанные с изменением активности. Тревога является сложным и универсальным синдромом с многовариантными проявлениями. Внимание специалистов должно быть обращено на то, что и депрессия может иметь необычную клиническую картину (например, соматизированная депрессия). В то же время наличие депрессивного синдрома наиболее характерно для пограничного расстройства личности. И как показал опыт работы в нашем госпитале, у лиц, перенесших тяжелые психические травмы и имеющих хроническое течение посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), осложненного патохарактерологическими изменениями личности и полиаддитивным поведением, этот синдром диагностируется чаще других психопатологических проявлений. В связи с этим возникла необходимость постановки многоуровневого диагноза, а для эффективной реабилитации – комплексная терапия [2].

Нами были обследованы 12 участников боевых действий, прошедших реабилитацию в 2004 г. с диагнозом ПТСР. На первом этапе медико-психологической работы пациенту выставлялся многоуровневый диагноз, который включал в себя актуальное состояние, представленное чаще всего симптомами тревоги и депрессии, личностное расстройство и в некоторых случаях аддитивное поведение [3]. Нами была выдвинута рабочая гипотеза о том, что на данную диагностическую связку эффективнее воздействовать только комплексным подходом, купируя все синдромы: проявления аддитивного поведения, ПТСР, тревоги и депрессии [1].

Под комплексной терапией мы подразумеваем не только лечение пациента у специалистов различного профиля, но и сочетание медикаментозной терапии с психотерапией и психологической коррекцией, так как одна медикаментозная терапия не решает следующих проблем:

- значительное количество больных устойчиво к лекарственной терапии;
- несмотря на продолжение приема антидепрессантов, остается риск развития рецидива;
- многим больным противопоказан прием психотропных препаратов в связи с наличием определенных соматических заболеваний. Часто больные просто отказываются принимать препараты, особенно анксиолитики, объясняя это боязнью развития привыкания.

Для купирования симптомов тревоги и депрессии нами использовались следующие группы психотропных препаратов: современные антидепрессанты с минимальными побочными эффектами в сочетании с атипичными нейролептиками.

В психотерапии данных расстройств мы выделяли два направления:

1. Психокоррекция актуального состояния с помощью методов краткосрочной терапии, с целью восстановления чувства безопасности и снятия тревоги, а также дестабилизации психотравматических воспоминаний;
2. Долгосрочная терапия на уровне самоидентификации и переработка травматических убеждений на более гибкие и полезные для пациента. Целью данной терапии являлось изменение личности [4].

В краткосрочной терапии наиболее часто нами использовались методы релаксации. Здесь возможен индивидуальный и групповой подходы. За курс лечения в среднем пациент проходил 8-10 занятий миорелаксационной терапии с использованием музыки, аутотренинга, гетеросуггестии, прогрессивной мышечной релаксации по Джекобсу. После релаксации и создания ресурса безопасности мы переходили к работе с психотравматическими воспомина-

ниями методом десенсибилизации и переработки движением глаз (ДПДГ) в среднем 2-3 сеанса.

Долгосрочная психотерапия в нашем госпитале проводилась со всеми 12 пациентами, кратность занятий – 5 на курс лечения. Данная терапия применялась у пациентов, которые проходили стационарное лечение в госпитале два раза в год. При этом использовались следующие техники: рационально-эмотивной терапии А.Эллиса (РЭТ), нейро-лингвистического программирования (логические уровни Дилтса). Мишенью терапии являлся уровень самоидентификации и изменение убеждений о самом себе.

Клинический пример: Комбатант П., 32 года, охранник в частной фирме, женат, имеет 2 детей. Жалобы на нарушение сна, тоску, сильную «тягу к алкоголю», ощущение надвигающейся опасности, сниженный аппетит, «какая-то пустота внутри».

Из анамнеза жизни: родился в Новосибирске в рабочей семье, вторым ребенком. Отец работал на железной дороге, мать – на заводе. Психические заболевания среди родственников отрицает. Отношения в семье созависимые, отец – алкоголик. В детстве пациент неоднократно подвергался физическому насилию (побои) со стороны отца. В анамнезе многочисленные нелеченные травмы головного мозга. В 1981 г. был призван в армию, служил в ВДВ. В 1982 г. участвовал в боевых действиях на территории Республики Афганистан. Во время службы перенес контузию головного мозга. В одной из операций, подразделение, где служил пациент, «зачищало» афганский кишлак. Он и его сослуживец подошли к дому. Товарищ вошел первым и, получив смертельный удар, погиб на глазах у него. Пациент бросил в помещение гранату и ворвался туда, стреляя из автомата. Увидел, что это – женское помещение афганского дома и мертвые тела нескольких женщин и детей, которых он убил. После этого эпизода участвовал в нескольких боевых операциях, перенес вирусный гепатит. После демобилизации вернулся в Новосибирск, женился. В 1988 г. родились 2 сына-близнеца, которых очень любит, уделяет им много внимания. В 1994 г. играл с сыновьями во дворе, и вдруг вспомнилась картина убитых им в Афганистане детей. Появилось чувство вины, тоски. Нарушился сон, появились кошмарные сновидения. Начал злоупотреблять алкоголем в больших дозах, чтобы уснуть. Через полгода злоупотребление алкоголем приняло запойный характер (по 5-7 дней). Появились прогулы на работе, 3 раза лечился у нарколога и психиатра медикаментозно. Ремиссия не более 2 месяцев. Срыв происходил после нарастания напряжения, раздражительности, снижения настроения, конфликта с супругой.

Диагноз неврологический: последствия многочисленных закрытых черепно-мозговых травм. Диагноз психиатрический: ПТСР. Причиняющее беспокойство изменение личности. Синдром алкогольной зависимости, период воздержания. Психологическое заключение: состояние выраженного психоэмоционального стресса, фаза истощения, высокий уровень тревоги.

За время пребывания в госпитале (18 дней) прошел курс лечения:

1. Медикаментозную терапию антидепрессантами в сочетании с атипичными нейролептиками.
2. Психокоррекционную работу с психологом госпиталя: релаксация по Джекобсу и ДПДГ психотравматического эпизода.
3. Психотерапевтическую работу с психотерапевтом госпиталя: когнитивная проработка чувства вины и продвижение к ядру алкогольной проблемы.

Катамнез через 6 месяцев при плановой госпитализации: воздерживается от употребления алкоголя в течение полугода. Находится на поддерживающей дозе антидепрессанта. Снизились частота и интенсивность нарушений сна. В данный момент повышается уровень образования. По результатам психологической диагностики снизился уровень тревоги по сравнению с предыдущей госпитализацией. Сохраняется раздражительность в ситуациях бытовых конфликтов, эмоционально-волевые нарушения и иррациональные установки по отношению к себе, что и требует дальнейшей психотерапевтической работы.

В результате проделанной работы с данной группой респондентов у 7 наблюдалось улучшение соматического и психического состояния, у троих – стабилизация и двоих – без изменений. На основании полученных результатов можно сделать вывод о том, что психокоррекционная работа является необходимой и неотъемлемой частью комплексного подхода в реабилитации участников боевых действий. Однако данное исследование нуждается в доработке и накоплении практических материалов.

Библиографический список

1. Александров Е.О. Взорванный мозг. Новосибирск, 2001.
2. Депрессивные синдромы и сопутствующие тревожные расстройства // Медикография. Вып. 56. 1994. Т. 16. № 1.
3. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Психиатрия и психология. Монография. Новосибирск, 2003.
4. Кучер А.А. Постановка проблемы посттравматического стрессового расстройства, М., 2002.
5. Консилиум: Медико-фармацевтический сибирский журнал. 1999. №2 (5).

М.Ю. Екимов, Н.С. Сажина (Екатеринбург)

Проблемы психологической реабилитации участников боевых действий

Психологическая реабилитация военнослужащих и граждан, уволенных с военной службы, а также членов их семей в нашей стране становится необходимой и актуальной в современных условиях. Это связано с нестабильной политической ситуацией, социально-экономическим кризисом, большим числом российских солдат принимающих участие в боевых действиях.

Сложности у военных возникают при получении льгот и пособий по инвалидности, не говоря уже о квалифицированной, своевременной психологической помощи. В представлении большинства людей военнослужащие и граждане, уволенные с военной службы, сильные, уверенные, дисциплинированные люди, умеющие выйти из самых сложных, экстремальных ситуаций. Эти люди прошли суровую школу жизни и научились выживать в самых тяжелых условиях. Но все дело в том (и пример тому – опыт войн предыдущих времен), что не менее сложной, а для многих и более сложной проблемой является психологическая реабилитация после возвращения из зоны боевых действий и после увольнения из вооруженных сил.

Работа с военнослужащими, вернувшимися из мест боевых действий, имеет свою специфику. Предстоит работать с такими проблемами, как посттравматический стресс. Он заключается в неспособности приспособиться к