

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

обычной, спокойной жизни, в непрекращающейся тревоге, страхе, бессоннице, вспышках воспоминаний о войне; Типичные реакции – шок, оцепенение, горечь, депрессия. Большинство участников боевых действий, независимо от времени и места получения ранений, увечий, травм и заболеваний, связанных с выполнением служебного долга, и наличия инвалидности, имеют четко выраженные последствия перенесенной психоэмоциональной травмы. То есть последствия действия стрессовых факторов не исчезают с выходом из экстремальных ситуаций. Они могут проявляться и через годы в виде различной степени психических расстройств, иногда необратимых, что, по свидетельству специалистов, отмечается у 40% раненых и 30% больных. Особенно велика частота психических расстройств у освобожденных из плена и бывших заложников: они проявляются со временем почти у половины из них.

В то же время, если человек, скажем, был контужен, это не всегда отражено в его медицинской книжке (многие просто не обращают на это внимания: дескать, подумаешь, главное – живой). Кроме того, многие молодые ветераны просто вынуждены скрывать свою инвалидность, поскольку работодатели на местах с большой неохотой предоставляют им рабочие места, ссылаясь на их «повернутую психику». Этим людям свойствен так же комплекс вины выжившего: человек винит себя в том, что остался жить, а его товарищи погибли. Он начинает анализировать, что он мог бы сделать, чтобы предотвратить смерть других. Это очень тяжелое состояние. Бывшие воины испытывают негативные чувства по отношению к друзьям и родственникам, которые не могут понять состояние человека, каждую минуту рискующего жизнью, видящего смерть друзей и ни в чем не повинных людей, вынужденного терпеть лишения.

Реабилитация участников боевых действий в современных условиях требует новых подходов. Если при работе с ветеранами Великой Отечественной войны акцент делается больше на медицинскую реабилитацию, включая стационарное, санаторно-курортное лечение и т. д., то реабилитация, скажем, «афганцев» уже имеет свою специфику. В частности, помимо того, что у большинства из них сочетаются патологии в результате минно-взрывных ранений и черепно-мозговых травм, многие еще перенесли и тяжелые заболевания, имеют нарушение обмена веществ. То есть на первое место у них выходят как раз ПТСР (их еще называют «афганским синдромом»). Более того, кроме сильнейшей психической травмы, у «афганцев», а позднее и у тех, кто прошел Чечню, наблюдается психологическая установка, зачастую совершенно неадекватная мирной жизни. Кстати, нечто подобное испытало на себе и американское общество, которое начало ощущать последствия вьетнамской войны через два десятка лет, когда результаты перенесенных стрессов явили себя во всей красе. Достаточно сказать, что среди «постояльцев» американских тюрем треть – ветераны Вьетнама.

Российские же реалии таковы: если после Великой Отечественной войны солдат встречали как спасителей мира, бившихся с врагом за правое дело, то от «афганцев» общество отвернулось. Чего стоит одна только ставшая хрестоматийной чиновничья фраза: «я вас туда не посылал». В результате стресс накладывался на стресс, и что оставалось делать человеку, которому, с одной стороны, говорили, что он воин-интернационалист, защищает братский народ, южные рубежи Отечества, а с другой – откровенно давали понять, что он никому не нужен, что он чуть ли не изгой? Одни ушли в криминал, благо приобретенные на войне специфические навыки в этих кругах весьма востребованы. Другие пополнили ряды наркоманов и алкоголиков. Стоит ли удивляться вы-

сокой смертности среди этой относительно молодой категории ветеранов: по данным Минздрава, ежегодно умирают 1200-1300 чел., прошедших боевые действия. Причем почти в половине случаев это так называемая неестественная смертность, и не только от пули или ножа, а от собственной руки (для сравнения: число самоубийц среди американцев, прошедших Вьетнам, превысило втрое число погибших на самой войне).

Что же касается реабилитации пострадавших в ходе так называемых чеченских кампаний, то здесь тоже есть своя специфика. Наиболее остро после возвращения из районов боевых действий для них стоит проблема социальной и профессиональной адаптации. Социально-гигиеническое исследование, проведенное в рамках реализации Межгосударственной комплексной программы реабилитации ветеранов войн, участников локальных конфликтов и членов их семей, показало, что удовлетворены качеством жизни менее трети инвалидов. Основные причины этого – плохие жилищные условия, низкий материальный уровень, невостребованность, тяжелый психологический климат в обществе, напряженная семейная обстановка, отсутствие постоянной работы.

Значительная часть военнослужащих, к сожалению, попадает в места лишения свободы из-за правонарушений, которые были совершены ими в состоянии аффекта, неконтролируемой и неожиданной психической реакции на стресс. Это неудивительно, потому что человек, прошедший через такие испытания, не в состоянии самостоятельно справиться со своим эмоциональным состоянием.

Словом, факт налицо: с войны люди возвращаются другими. Вместе с тем в 9,7 тыс. больниц и 17,4 тыс. поликлиник Минздрава развернуто всего 830 отделений восстановительного лечения и 1137 психотерапевтических отделений [1]. Причем в большинстве своем эти отделения, осуществляющие психологическую коррекцию, открываются в структуре психиатрических отделений и больниц. Именно этот факт в значительном числе случаев приводит к отказу участников боевых действий от обследования и лечения у психолога на этапе, когда ПТСР еще клинически не проявились. И их можно понять: какой нормальный человек по своей воле пойдет в «психушку»? Вот и получается, что клиентами этих заведений люди, перенесшие стресс, становятся лишь тогда, когда уже «башню срывает» окончательно.

Таким образом, после возвращения из горячих точек и зон боевых действий психика военнослужащего оказывается надорванной: человеку необходима реабилитация, которая включала бы в себя работу с психологом, психотерапевтом, врачами, консультантами по профессиональной ориентации. В идеальном варианте такую реабилитацию необходимо проводить в специализированных военных санаториях или центрах реабилитации и социальной адаптации военнослужащих, которых, к сожалению, в нашей стране явно недостаточно.

Реалии таковы, что межведомственное сотрудничество в области социальной защиты и реабилитации ветеранов войн существует лишь в отдельных учреждениях, в отдельно взятых регионах, между отдельными ведомствами. Естественно, формирование стройной системы их взаимодействия предполагает корректировку ведомственных нормативов, пересмотр источников финансирования, организационных структур, механизмов и технологий, используемых учреждениями различных ведомств. Главным же звеном этой системы, должны стать соответствующие центры, создаваемые на базе многопрофильных лечебно-профилактических учреждений областного, краевого или республиканского подчинения. Здесь в

республиканского подчинения. Здесь в большинстве своем как раз и подходят госпитали для ветеранов войн, имеющие не только необходимую материально-техническую базу, но и подготовленный к такой работе персонал. И надо отметить, что сегодня служба мониторинга психологического статуса участников боевых действий вне учреждений психиатрической службы наиболее успешно развивается все-таки в госпиталях для ветеранов войн. Почти во всех из них введены должности медицинских психологов, а в ряде даже созданы отделения психологической реабилитации этого контингента пациентов.

По мнению специалистов, подобного рода центры могут стать базой для формирования организационно-методических служб, одна из основных задач которых – создание Общероссийского регистра участников боевых действий. Уже имеется и модель такого регистра, представляющая собой автоматизированную систему сбора, хранения, учета, обработки и анализа данных об этом контингенте. Считается, что ее применение позволит повысить эффективность всей системы лечебно-профилактической и реабилитационной помощи участникам боевых действий в медучреждениях независимо от их организационно-правовых форм и ведомственной принадлежности, приблизить помощь к пациенту.

Общественные организации, такие, как Российский союз ветеранов Афганистана, Общероссийская общественная организация инвалидов войны в Афганистане также внесли свой вклад в процесс реабилитации. Именно по их инициативе и при их участии разработана концепция Федеральной целевой программы социальной защиты и реабилитации лиц, пострадавших в ходе контртеррористических операций при исполнении воинского долга на 2005-2015 гг., которая должна послужить толчком для начала коренной перестройки всей системы комплексной реабилитации инвалидов войны.

Решение социальных проблем людей, пострадавших при исполнении воинского долга в ходе боевых действий, признано одной из приоритетных задач государства. Уровень социальной и правовой защищенности этой категории населения непосредственно связан с боеспособностью вооруженных сил, так как он напрямую влияет на психологическое состояние военнослужащих, а также работников правоохранительных органов и спецслужб. Процесс адаптации их к мирной жизни требует особой системы реабилитационных мероприятий. Залогом успеха в этой деятельности будет общность подходов и формирование единого реабилитационного пространства, органично включающего в себя медицинскую, психологическую, социальную и профессиональную реабилитацию.

Библиографический список

1. *Миранович Г., Юров Д.* Возвращение // Красная звезда. 2004. 10 апр.

В.В. Емельянов, А.А. Попов, А.В. Чайкин (Екатеринбург)

Эффективность α -липовой кислоты в терапии диабетической полинейропатии начальной и умеренной выраженности

Увеличение заболеваемости сахарным диабетом в современном мире и высокий риск развития его «поздних» осложнений делают весьма актуальным поиск методов их терапии и профилактики. Среди осложнений сахарного диабета лидирующие позиции занимает диабетическая нейропатия – при специальном инструментальном обследовании частота ее обнаружения у больных