

ПСИХИЧЕСКИЙ СТАТУС ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ ТРАВМАТИЧЕСКУЮ АМПУТАЦИЮ КОНЕЧНОСТИ, И ЗАДАЧИ ПСИХОТЕРАПИИ

О. Н. Рыбников, Л. В. Смекалкина*, С. Н. Палецкая*

*Государственный научно-исследовательский институт военной медицины МО РФ, *6 Центральный военный клинический госпиталь*

Получение ранения в ходе боевых действий является тяжелейшим психотравмирующим фактором, во многом определяющим дальнейший прогноз и особенности социально-психологической адаптации после возвращения к мирной жизни. Особую остроту эта проблема приобретает в связи с появлением большого числа инвалидов с ампутированными дефектами конечностей, остающихся после вооруженных конфликтов. В структуре санитарных потерь в современных локальных войнах одно из ведущих мест (от 52 до 66%) занимают ранения конечностей. Из этого числа 6–8% случаев сопровождаются травматической ампутацией либо хирурги вынуждены выполнять операции ампутации на различных этапах оказания медицинской помощи (5, 17). Огромную проблему представляют противопехотные мины, оставленные после ведения боевых действий, на которых подрывается мирное население. Подобные поражения меньше поддаются статистическому учету, но таких раненых достаточно много.

Психическое состояние, в котором находится человек, перенесший травматическую ампутацию конечностей, можно отнести к категории острого горя, явлению, которому в последнее время уделяется пристальное внимание специалистов (1, 2). Факт ампутации переживается как тяжелейшая личная трагедия, заключающая в себе громадный разрушительный смысл. Ампутация означает для человека крушение всех его жизненных перспектив и планов, переоценку собственного «Я», существенное понижение уровня притязания личности, необходимость поиска своей особой социальной ниши, и, зачастую, утрату смысла существования (9). Как бы ни был человек психологически подготовлен к такому варианту развития событий (например, лица опасных профессий – спасатели, военнослужащие, ведущие боевые действия), факт ампутации воспринимается как личная катастрофа. Об этом говорят, например, случаи суицидальных попыток, которые совершают военнослужащие сразу после получения ранения, когда наступает осознание факта потери

конечности. Аналогичные психические состояния формируются у лиц, выживших в чрезвычайных ситуациях. События экстремального характера требуют от личности серьезного напряжения механизмов алло- и интрапсихической адаптации, большой внутренней работы переживания горя. «Работа горя», особенности перестройки личности в условиях тяжелой физической травмы систематически изучались со времен Второй мировой войны (3, 14).

В результате исследований были выявлены факторы, определяющие особенности реакции личности на тяжелую физическую травму. Ситуация развития человека в этом случае является кризисной, так как порождает ряд трудноразрешимых противоречий. Источником посттравматического кризиса является тяжелое физическое состояние, возникшее в результате травмы, которое сопровождается сильными болями, полной или частичной утратой двигательных функций и, как следствие, необходимостью длительного времени находиться на лечении. Немаловажное значение имеют социальные последствия травмы – изменение социального статуса человека, полная или частичная утрата трудоспособности, ослабление социальных контактов и связей (так как больные много времени проводят вне своей референтной группы), затруднения в проведении досуга. Наполнение жизни человека в посттравматический период новым смыслом, постановка жизненно важных целей способствует разрешению больным основных проблем, возникающих перед ним после получения травмы. Успешный выход из посттравматического кризиса возвращает человека к активной социальной жизни. Такие факторы как неопределенность медицинских прогнозов, превращение в объект семейной опеки, невозможность продолжения профессиональной деятельности могут усугубить посттравматический стресс. Итогом этого чаще всего являются «уход в болезнь», кризис бесперспективности. Нередко проблемы личности находят выражение в попытках компенсации социально неприемлемыми способами – употреблении алкоголя, наркотиков, суицидальных явлениях.

У больных могут формироваться аномальные и эгоцентрические установки, защитные и компенсаторные личностные образования. У них также может актуализироваться мотив сохранения жизни и наблюдаться нарастание эгоцентрического содержания ведущего мотива. Отмечено обеднение мотивации, перестройка иерархии мотивов, «сокращение временной сферы мотивации», то есть больные могут переоценивать ближайшие во времени события и недооценивать значимость отдаленных во времени событий.

Следует особо подчеркнуть, что, в отличие от больного или травмированного человека, раненый в боевых действиях испытывает двойной гнет – факта физического увечья и участия в боевых действиях. Опыт работы военных медиков показывает, что особое внимание при лечении такого контингента раненых необходимо уделять не только кругу вопросов, связанных с заживлением раны и последующим протезированием, но и проведению комплексных программ медико-психологической реабилитации и социальной адаптации. Однако до настоящего времени недостаточно изучены дифференцированные подходы, ориентированные на специфику проявлений психических расстройств данного контингента раненых, нет апробированных методик психотерапевтической и психокоррекционной работы на различных этапах оказания медицинской помощи. За последнее время разработаны специальные программы психологической реабилитации военнослужащих, получивших ранения в ходе боевых действий (7, 12). Однако для рациональной организации психокоррекционной работы на этапах лечения и дальнейшей медико-социальной и психологической реабилитации специального уточнения требуют особенности психического статуса лиц, перенесших травматическую ампутацию конечности в ходе ведения боевых действий.

Методика исследования

Для достижения целей, поставленных в работе, было проведено специальное исследование, в ходе которого изучались психологические особенности раненых, проходящих реабилитацию в 6-м Центральном военном клиническом госпитале. Было обследовано 45 человек мужчин, в возрасте от 19 до 36 лет разных воинских званий, срочной и контрактной службы. Все пациенты получили боевые травмы различной степени тяжести и поступили в госпиталь, в среднем, через 2 месяца после ранения. Раненые были разделены на две группы. В первую вошли пациенты, получившие ранения без ампутации (как правило, огнестрельные переломы конечностей) (21 чел.). Вторую составили раненые с травматическими ампутациями конечностей (24 чел.). Контрольную группу 20 человек мужчин составили студенты ВУЗов в возрасте от 19 до 24 лет (средний возраст соответствовал значениям экспериментальной группы).

Раненые проходили комплексное клинико-психологическое обследование, в которое входили:

клиническая беседа, проводившаяся по типу структурированного интервью, стандартизированный многофакторный метод исследования личности СМИЛ (вариант ММРІ, адаптированный Л.Н.Собчик), ассоциативный эксперимент, проводившийся по методу «продолженного ответа» (continuous response) и направленного на выявление смыслового ядра личности. Для уточнения диагнозов использовался дополнительный набор методик, куда входили: рисуночный тест («несуществующее животное»), тесты Розенцвейга и Люшера, личностной и ситуативной тревожности (Спилбергер-Ханина), субъективная оценка самочувствия, активности, настроения (САН). Оценка состояния раненых опиралась на диагностические критерии ПТСР, изложенные в Международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10).

Отдельные тесты и их комбинации довольно часто применяются для оценки состояния в клинике. Нами впервые был применен ассоциативный эксперимент, направленный на выявление смыслового ядра личности. В настоящее время применяется множество модификаций ассоциативного эксперимента, который является одним из самых разработанных методов семантического анализа: свободное название слов в течение заданного времени; название слов с заданной буквы; название цветов, растений и т.п. С помощью этого метода решались различные психологические и психолингвистические задачи: изучение индивидуальных различий, процессов мышления, формирования речи в онтогенезе, семантических полей и др. (6, 10, 11, 19). Анализу подвергаются два блока характеристик. Первый описывает сам ассоциативный процесс с его динамической стороны (скорость и подвижность речевых процессов). Скорость ассоциативных процессов определяется средним количеством ассоциаций на ключевые слова в течение заданного интервала времени. Подвижность и избирательность речевых процессов анализируются через непродуктивные ассоциации – неадекватные высказывания (повторы одного и того же слова, замены адекватного слова словосочетанием или стереотипным высказыванием, отход от инструкции). Второй блок характеристик мы получаем при анализе вербальной продукции, произведенной каждым испытуемым. Этот анализ имеет целью, прежде всего, выявление структуры семантических сетей, которые непосредственно отражают смысловое ядро личности.

Важной характеристикой ассоциаций является способность отражать в них специфические особенности жизнедеятельности, актуального состояния субъекта, его жизненного опыта, а также взглядов и оценок будущего. В ассоциативном эксперименте были использованы следующие ключевые слова: дом, жизнь, счастье, будущее, война. Данный выбор основывался на опыте аналогичного обследования, который проводился после гражданской войны на Балканах (11). Слово «дом» являлось кон-

трольным. В инструкции обследуемым ставилась задача произнесения максимального количества слов в минуту, которое только может воспроизвести испытуемый.

Результаты

Обследование позволило выявить признаки посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), которые проявлялись на уровне всех патогномичных симптомов: повторного переживания травмы и травматического события, нарушения сна (кошмарные сновидения, трудности при засыпании или нарушение продолжительности сна), изменения поведения, раздражительность или вспышки гнева, злоупотребление алкоголем или наркотиками, особенно для «снятия остроты» болезненных переживаний, воспоминаний или чувств; депрессия, суицидальные мысли или попытки к самоубийству (14). Симптоматика ПТСР отмечалась у 37% раненых и 23% «ампутантов». В проявлениях ПТСР обеих групп раненых отмечались некоторые различия. Одним их главных диагностических критериев ПТСР является нарушение сна пострадавших, выражающееся в затруднении засыпания, преследующих кошмарах с яркими картинками пережитых психотравмирующих событий. Эти явления практически отсутствуют у раненых с ампутацией конечностей (по истечении 2–3 мес. после получения ранения) за исключением случаев, когда сну мешают фантомные боли. «Ампутанты» сняты себе здоровыми, в сценах, которые разыгрываются во сне, обязательно присутствуют локомоторные акты, имеющие особую эмоциональную насыщенность – они ходят по свежей утренней росе, бегут по дороге и т.д. У раненых без ампутаций содержание сновидений, как правило, отражало травматический опыт, связанный с моментом получения ранения. В остальном отличий симптоматики ПТСР раненых и «ампутантов» выявлено не было.

Основные результаты психологического тестирования двух групп раненых (с ампутациями и огнестрельными переломами) и контрольной группы представлены в табл. 1–3 и на рисунке.

Характерным для состояния раненых обеих групп были высокие показатели реактивной тревожности, существенно превышающие показатели контрольной группы (табл. 1). Статистически значимое различие уровня реактивной тревожности отмечено у группы с ампутациями в сравнении со

Таблица 1

Показатели личностной и реактивной тревожности раненых и лиц контрольной группы

Показатели	Личностная тревожность	Реактивная тревожность
Раненые с ампутацией	36±6,7	45±8,1*
Раненые без ампутации	35±7,1	37±7,6
Здоровые	34±8,3	33±6,2

Примечания: * – $p < 0,05$.

Таблица 2

Показатели самочувствия, активности и настроения (САН) раненых и лиц контрольной группы

Показатели	Самочувствие	Активность	Настроение
Раненые с ампутацией	5,2±1,2	6,1±1,7	4,9±0,8 *
Раненые без ампутации	5,5±1,4	6,3±1,5	5,9±1,5
Здоровые	5,9±1,5	5,8±1,1	6,2±1,6

Примечания: * – $p < 0,05$.

второй группой раненых (без ампутации) и контрольной группой.

Как видно из табл. 2, по субъективной оценке своего состояния раненые обеих групп незначительно отличаются от группы здоровых лиц. Исключение составляют лишь оценки настроения у раненых с ампутациями.

Профиль СМЛ у лиц, получивших ранения, существенно отличается от показателей контрольной группы (табл. 3 и рисунок).

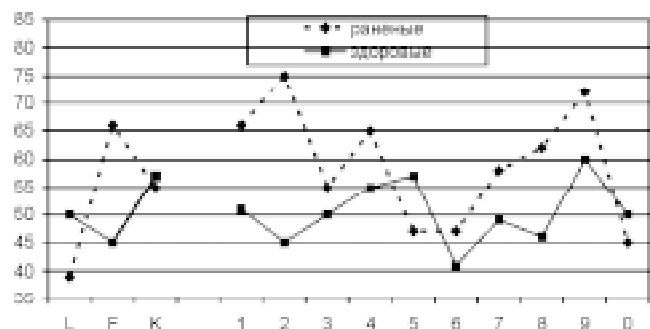
Результаты ассоциативного эксперимента представлены в табл. 4 и 5. В табл. 4 представлены наиболее характерные ответы раненых на ключевые слова «жизнь», «будущее» и «счастье».

Ответы контрольной группы отличались большей продуктивностью и однородностью, на все ключевые слова было получено от 8 до 10 ответов. В табл. 5 представлены преобладающие ответы на слова «жизнь», «будущее», «счастье», «война» контрольной группы.

Сопоставление результатов по другим методикам тестирования (Люшера, Розенцвейга, «несуществующее животное») проводилось с целью уточнения механизмов развития и особенностей психического статуса исследуемых категорий раненых.

Обсуждение результатов

Полученные данные психологического обследования в сопоставлении с клинической симптоматикой позволяют говорить о тяжёлом психическом состоянии раненых, особенно перенесших ампутации конечностей, о значительном напряжении процессов адаптации, которые характерны для человека, находящегося в условиях кризиса. Свидетельством этого являются симптомы ПТСР и высокий



Усредненный профиль СМЛ лиц, получивших ранение в ходе боевых действий, и контрольной группы

Усредненные значения шкал по методике СМИЛ лиц, получивших ранение в ходе боевых действий, и контрольной группы (здоровых)

Шкалы	L	F	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
Раненые	39±12,7	66±16,1*	55±15,1	66±14,4*	75±17,3**	55±14,7	65±17,2	47±10,3*	47±12,6	58±16,1	62±17,4**	72±18,5*	45±11,9
Здоровые	50±14,3	45±11,2	57±17,3	51±12,2	45±13,9	50±12,2	55±14,2	57±12,5	41±11,3	49±13,6	46±12,9	60±17,2	50±14,4

Примечания: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$.

Таблица 4

Преобладающие (наиболее частые) ответы раненых обеих групп в ассоциативном эксперименте

Жизнь	Будущее	Счастье
Любовь	Семья	Любовь
Радость	Здоровье	Радость
Дети	Надежда	Спокойствие
Работа	Работа	Семья
Учеба	Дети	Друзья

Таблица 5

Преобладающие (наиболее частые) 10 ответов в ассоциативном эксперименте контрольной группы

Жизнь	Будущее	Счастье	Война
Рождение	Дети	Дети	Смерть
Семья	Работа	Любовь	Кровь
Работа	Образование	Достаток	Голод
Судьба	Технологии	Здоровье	Разрушение
Радость	Друзья	Девушка	Озлобленность
Любовь	Успех	Родные	Ужас
Девушка	Медицина	Работа	Горе
Институт	Карьера	Спокойствие	Страх
Везение	Старость	Наслаждение	Взрывы

уровень реактивной тревожности, характерные для раненых. Поэтому особый интерес представляет выявление типичных механизмов психологических защит, направленных, как известно, на устранение тревоги.

Наиболее характерными для раненых вариантами психологических защит являлись агрессия, рационализация, регресс в инфантильную фазу с присутствием ей импунитивным способом реагирования («бегство от ситуации») и отказом от активного преодоления стресса. Почти для всех раненых характерна явно выраженная агрессия по отношению к кому-либо, кто явился, по их мнению, причиной несчастья. Это могли быть, например, командиры, без артиллерийской подготовки бросившие в бой подразделение или не обращавшие внимание на жалобы солдата, который впоследствии обморозил ноги. Или сослуживцы, не прикрывшие отход группы спецназа. У таких пациентов, как правило, редко отмечались признаки интрапсихической перестройки, которая позволила бы им адаптироваться к новым условиям жизни. Весьма характерной для этой группы пациентов была изобразительная продукция в тесте «несуществующее животное», свидетельствующая о выраженности агрессивных реакций.

Рационализация была вторым по частоте встречаемости механизмом защиты. Нередки случаи, когда раненые не сообщали домой истинного положения дел, надеясь сообщить о травме при личной встрече, взяв на себя заботу о своих близких, об их адекватном реагировании на ситуацию. Характерной чертой таких пациентов является выстраивание системы объяснения произошедшего события, концептуализация причины травмы. Пострадавшие формируют систему объяснений того, почему несчастье случилось именно с ним, а не с кем-то другим. У многих отмечаются идеи о предуготованности, неизбежности травмы.

Интенсивное стрессогенное воздействие боевой обстановки в сочетании с физической травматизацией приводит к развитию у лиц с повышенной стресс-уязвимостью аффективных (главным образом тревожно-депрессивных) нарушений, по отношению к которым аддиктивное поведение является вторичным. В данном случае агрессия выполняет до определенного момента защитно-приспособительную функцию, блокируя на время стрессовую симптоматику. Однако стратегия защиты от стресса в этом случае изначально является неконструктивной. С позиций психодинамического подхода аддиктивное поведение, возникающее под воздействием стресса, можно рассматривать как регресс в инфантильную фазу с отказом от преодоления трудностей. Это предположение подтверждалось данными выполнения теста рисуночной фрустрации Розенцвейга, где испытуемые демонстрировали более выраженные по сравнению с контрольной группой интрапунитивные и Эго-защитные реакции на стимульный материал. Это обстоятельство в дальнейшем может серьезно затруднить социальную реадaptацию данного контингента раненых. Так как раненые, помимо стрессогенного воздействия боевой обстановки испытывают стресс, связанный с получением ранения, то вероятность возникновения аддиктивного поведения в мирное время у раненых возрастает. Как показывают наблюдения, наиболее благоприятным механизмом защиты с точки зрения прогноза успешности дальнейшей адаптации является рационализация.

Содержательное сопоставление показателей тестирования по методике СМИЛ различных категорий раненых и здоровых проводилось на основании статистически значимых различий и общего характера профиля. Как видно из графика (рис.), профиль лиц контрольной группы линейный, характеризующийся умеренным подъёмом шкал, характер-

ным для данной возрастной группы. Более 50% обследованных раненых имели однотипный профиль, не отличающийся существенно в группах «ампутантов» и раненых с огнестрельными переломами. В целом, профиль характеризуется подъемом по 2-й шкале (депрессия), 4-й (импульсивность) и 9-й (оптимистичность) при существенно пониженной 0-й (социальная интроверсия). Одновременное повышение по 2-й и 4-й шкалам выявляет внутренний конфликт, в котором проявляются разнонаправленные тенденции – высокий уровень притязаний при неуверенности в себе, высокая активность и быстрая истощаемость (16).

Шкала депрессии (2) отражает степень пессимизма и неудовлетворенности. Эта шкала очень чутко реагирует на изменение настроения и одна из первых регистрирует особенности состояния, связанные с реакцией на неблагоприятную ситуацию. Для обследованного контингента высокие показатели по 2-й шкале связаны с психотравмирующей ситуацией, нарушающей обычный ход жизни и планы. Подъем профиля по 2-й шкале выше 70T выявляет не только пониженное настроение, но и определенные личностные особенности: склонность к острому переживанию неудач, к волнениям, к повышенному чувству вины с самокритичным отношением к своим недостаткам, с неуверенностью в себе. В целом не было выявлено закономерностей повышения шкалы депрессии в связи со спецификой полученного ранения. Повышение шкалы депрессии отмечается как у раненых с ампутациями, так и у раненых без ампутаций. У контрольной группы показатели по 2-й шкале статистически значимо ниже.

Повышение профиля раненых по 4-й шкале (шкале импульсивности) выявляет выраженную раскованность, спонтанность поведения, демонстрирует высокий уровень побуждения к достижению цели с пренебрежением к общепринятым нормам поведения, отсутствие щепетильности в вопросах морали, эгоцентричность позиции, стремление к доминированию, черты эмоциональной незрелости. В данном случае показатели 2-й шкалы ослабляют агрессивность, некомфортность и импульсивность, так как здесь отмечается более высокий уровень контроля сознания над поведением. Испытуемые контрольной группы также показали повышение показателей по 2-й шкале, однако, в большинстве профилей данная шкала не являлась ведущей. При повышенных показателях 4-й у раненых с сочетанием невысоких значений по 6-й выявляется отсутствие системы в деятельности, недостаточное упорство в достижении цели, разбросанность, непостоянство.

Для раненых характерны низкие показатели 5-й шкалы (50T и ниже), что свидетельствует о мужественности, простоте в обращении, грубоватой манере поведения и высказываний, отсутствии сентиментальности, жесткости характера. Все эти показатели усиливаются повышенными показателями 4-й шкалы.

Ведущий пик по 9-й шкале в профиле раненых выявляет высокий уровень оптимизма, жизнелюбия и активности, инициативность, стремление быть в обществе, разговорчивость. В профиле контрольной группы 9-я шкала также является ведущей. Завышенная самооценка, легкость в принятии решений, снисходительное отношение к своим недостаткам – все это обусловлено молодым возрастом испытуемых и является вариантом молодежной нормы. Повышение профиля раненых по 9-й шкале и низких показателей 0-й шкалы может говорить о стремлении выйти из психотравмирующей ситуации через социальные контакты и социальную активность, тем самым ослабляя действие психотравмирующей ситуации.

Временной и содержательный анализ материалов ассоциативного эксперимента показал существенные различия в речевой продукции на ключевые слова экспериментальной и контрольной групп.

Ассоциации на слово «война» у группы раненых и «ампутантов» существенно отличались от ответов на другие ключевые слова высокой речевой продуктивностью и коротким латентным периодом, высокой эмоциональной насыщенностью (отрицательной). Нами было выделено 10 наиболее часто встречаемых ответов: смерть, грязь, кровь, слезы, горе, убийства, дружба, оружие, предательство, стрельба.

Ответы раненых на ключевые слова (жизнь, счастье, будущее) характеризовались длительным латентным периодом и низкой продуктивностью. Вербальная активность раненых ниже, чем у испытуемых контрольной группы. При этом у раненых наблюдается большой процент (54%) непродуктивных ассоциаций. Ответы на ключевые слова «жизнь», «счастье», «будущее» вызывали затруднения у раненых. Часто раненые не могли привести ни одну ассоциацию на ключевое слово, просили перейти к следующему слову. При этом ответы на контрольное слово «дом», в целом, не отличались от показателей контрольной группы.

Вербальный материал раненых на ключевые слова отличался большой разнородностью. В большинстве случаев раненые на слова «жизнь», «счастье», «будущее» давали от 2 до 5 ответов, на слово «война» от 7 до 10 ответов. Причем наибольшие затруднения при ответах у раненых вызывало слово «будущее». 30% раненых не могли дать ни одной ассоциации на слово «будущее».

Данные ассоциативного эксперимента свидетельствуют о серьезных изменениях смыслового ядра личности, наступающих у участников боевых действий, получивших ранения. Основным содержанием произошедших изменений можно считать утрату жизненных перспектив, разочарование, деструкцию смысло-жизненных ориентаций. Выявленные особенности в большей степени были характерны для «ампутантов» по сравнению с лицами, имеющими огнестрельные переломы конечностей.

У раненых обеих категорий отмечались психологические особенности, которые важно было учесть

при разработке программ психокоррекции. У «ампутантов» получены существенные отличия в показателях прямых (респондентных) и проективных методик. Например, показатели всех трех составляющих (табл. 2) не были ниже 4–5 баллов (а зачастую 6–6,5), однако данные проективных тестов Люшера или «несуществующее животное» свидетельствовали о наличии у обследуемого контингента серьезного психологического стресса, подавленных агрессивных импульсов. Большинство «ампутантов» имеют серьезные проблемы адаптации. Для них характерны тяжелые дистимические расстройства, достоверно более высокие по сравнению с ранеными без ампутации показатели ситуативной тревожности. Пациенты растеряны, слабо представляют, чем могли бы заняться и как вообще жить после выписки из госпиталя.

Ряд исследователей утверждает, что лица, получившие ранения в ходе ведения боевых действий, гораздо чаще сталкиваются с проблемой ПТСР (8, 17). Это связано с воздействием экстремальных факторов боевой обстановки. Однако, как показывает практика, психическое состояние раненых, переживших травматическую ампутацию конечности, существенно отличается от проявлений дезадаптационных психических расстройств военного времени (в том числе ПТСР) у других категорий военнослужащих. Симптомы ПТСР у «ампутантов» отмечаются значительно реже (по крайней мере, в подостром периоде, то есть по прошествии 2–4 мес. после ранения), чем в целом среди военнослужащих, принимавших участие в антитеррористической операции в Чечне. Это объясняется тем, что в результате потери конечностей (или другого тяжелого ранения) происходит своего рода искупление вины за собственные действия, которые при других обстоятельствах могли бы стать основой формирования симптоматики ПТСР. Мотивы вины в симптоматике раненых двух групп занимают различное положение: они выражены у пациентов первой группы (без ампутации) и практически отсутствуют у пациентов второй группы. Однако это не исключает вероятности формирования симптоматики ПТСР у «ампутантов» на поздних стадиях реабилитации.

Таким образом, получение ранения в ходе боевых действий приводит к серьезным изменениям личности, к которым можно отнести формирование симптомокомплекса ПТСР, специфического профиля личности, полученного по методике СМИЛ, и характеризующегося повышением 2, 4 и 9 шкал при пониженной 0. «Ампутантам» в меньшей степени, чем другим категориям раненых, присущи переживания, входящие в симптоматику ПТСР, что, на наш взгляд, объясняется своеобразным «искуплением» вины потерянной конечностью. У этой же категории раненых отмечена более значительная деструкция смысло-жизненных ориентаций, что диктует необходимость проведения наряду с традиционными психотерапевтическими процедурами логотерапии (по Франклу).

Особенности психотерапии раненых. Данные психологического тестирования стали основой для разработки индивидуальных и групповой психокоррекционных программ, основным элементом которых необходимо считать логотерапию (по Франклу), направленную на помощь в преодолении жизненного кризиса, поиске новых смыслов жизни. За основу была взята антикризисная психотерапия (13). Второе ключевое направление психотерапии – формирование способности к управлению своим состоянием с целью снятия тревожно-депрессивной симптоматики, понижения интенсивности и профилактики фантомно-болевого синдрома. С этой целью успешно применялся комплекс методик имаготерапии и аутотренинга (в различных модификациях, в частности, психосоматической саморегуляции). На более поздних этапах госпитальной реабилитации целесообразно применение поведенческой психотерапии, в рамках которой рассматриваются вторичные потенциально психотравмирующие ситуации, с которыми может столкнуться раненый после возвращения к мирной жизни.

Важнейшей составляющей психотерапевтической помощи данной группе раненых (с ампутацией) стало устранение «психической» составляющей фантомного синдрома. Ранее проведенные исследования (4) позволили предположить у раненых с ампутациями конечностей сложный характер происхождения фантомных болей, в этиопатогенезе которых имеет значение целый комплекс психологических факторов: нарушение межполушарного взаимодействия, нарушение схемы тела и др. (4, 15).

Это доказывает важность психотерапевтического воздействия на психику человека, страдающего фантомными болями.

Важнейшей составляющей психологической реабилитации на госпитальном этапе является реализация различных образовательных программ, дающих раненым жизненную перспективу. В этой связи уместно отметить, что военно-врачебными комиссиями делается все для оставления военнослужащих, потерявших конечности, в рядах Вооруженных Сил. При желании офицеров оставляют служить на штабных должностях.

Для сравнения интересен опыт США, где в течение 8 лет (1980–1988) прошли освидетельствования 469 военнослужащих, потерявших конечности, из которых лишь 11 человек (2,3%) вернулись к исполнению обязанностей военной службы. Все остальные сочли целесообразным жизнь на социальные пособия и выплаты (18). Само по себе участие в боевых действиях является фактором, выходящим за пределы обычного человеческого опыта, нарушающим социальную адаптацию. Это заставляет правительства развитых стран обращать особое внимание на реализацию программ помощи инвалидам войн. Например, такая программа успешно функционирует в Израиле, что позволило вернуться к прежней работе 28% ампутантов. Среди ветеранов 2 мировой войны США 78% верну-

лись к активной работе или получили более высокое образование.

В нашей стране проблема медико-психологической помощи и социально-трудовой реабилитации военнослужащих, получивших тяжёлые ранения в ходе ведения боевых действий, ещё далека от своего решения, особенно в небольших городах и сель-

ской местности, которые «дают» основную часть призывников, направляемых воевать в горячие точки. Учет медицинских, психологических и социальных аспектов этой проблемы, правовых гарантий позволит обеспечить достойную жизнь людям, потерявшим здоровье при защите интересов государства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. Руководство для врачей. – М.: Медицина, 1993. – 400 с.
2. Александровский Ю.А., Лобастов О.С., Спивак Л.И., Щукин Б.П. Психогении в экстремальных условиях. – М.: Медицина, 1991. – 115 с.
3. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. – Л.: Наука, 1988. – 270 с.
4. Брагина Н.Н., Доброхотова Т.А. Функциональные асимметрии человека. – М.: Медицина, 1981. – 288 с.
5. Брюсов П.Г., Хрупкин В.И. Опыт организации хирургической помощи в период боевых действий в Чеченской Республике // Воен.-мед. журн. – 1997. – № 6. – С. 4–12.
6. Глоzman Ж.М. Исследование структуры лексики больных с корковыми и подкорковыми поражениями мозга // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. – 1996. – № 2. – С. 67–72.
7. Иванов В.Н., Голов Ю.С., Белинский А.В. и др. Динамика психофизиологических показателей в процессе медицинской реабилитации у военнослужащих, пострадавших в ходе боевых действий в Чеченской республике // Актуальные проблемы медицинской реабилитации. – М.: 6 ЦВКГ МО РФ. – 1998. – С. 325–237.
8. Лазебная Е.О., Зеленова М.В. Военно-травматический стресс: особенности посттравматической адаптации участников боевых действий // Психологический журнал. – 1999. – № 5. – С. 62–74.
9. Мазур Е.С. Гештальт-подход при оказании психотерапевтической помощи пострадавшим от землетрясения // Московский психотерапевтический журнал. – 1994. – № 3. – С. 81–92.
10. Петренко В.Ф. Психосемантика сознания. – М.: Изд-во МГУ, 1988. – 208 с.
11. Печак В. Психологические аспекты войны // Иностранная психология. – 1997. – № 8. – С. 6–11.
12. Поправка С.Н., Сергеев В.А. Методические подходы к организации реабилитации военнослужащих с ампутированными конечностями // Воен.-мед. журн. – 2000. – № 1. – С. 27–31.
13. Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Д.Б.Карвасарского. – СПб.: Питер, 1999. – 633 с.
14. Пушкарев А.Л., Доморацкий В.А., Гордеева Е.Г. Посттравматическое стрессовое расстройство: диагностика, психофармакотерапия, психотерапия. – М.: Изд-во Института психотерапии, 2000. – 128 с.
15. Симмел М. Фантомная конечность // Ощущения и восприятие. Хрестоматия. – М.: Изд-во МГУ, 1978. – С. 171–173.
16. Собчик Л.Н. Введение в психологию индивидуальности. – Изд-во Института прикладной психологии, 2001. – 512 с.
17. Улунов А.Д., Татарин С.Н., Иванцов В.А. и соавт. Опыт организации работы гарнизонного госпиталя в вооруженном конфликте // Воен.-мед. журн. – 2000. – № 2. – С. 4–11.
18. Kishbaugh D., Dillingham T.R., Howard R.S. Amputee soldiers and their return to active duty // Military Medicine. – 1995. – N 2. – P. 82–84.
19. Millsap R.T., Meredith W. Structure in semantic memory: a probabilistic approach using a continuous response task // Psychometrika. – 1987. – N 1. – P. 19–41.

MENTAL STATUS OF PERSONS THAT HAVE UNDERGONE LIMB AMPUTATIONS AND TASKS OF PSYCHOTHERAPY

O. N. Rybnikov, L. V. Smekalkina, S. N. Paletskaya

Mental status of persons that have undergone limb amputations due to traumatic injuries is important in organization of psychotherapy and psychocorrection. The authors have studied psychological characteristics of the militaries that have been wounded and also experienced limb amputations as a consequence of involvement in military actions. Symptoms of post-traumatic stress disorder (PTSD) are found in 37% of the wounded and in 23% of the amputees. Pathognomonic symptoms of PTSD happened to be different in these two groups. Pronounced anxiety in the wounded results in psychological defences, specifically very prominent aggression and rationalizations. More than 50% of subjects

show the same profile on the instrument used, with a rise on depression, impulsions and optimism and significantly low social introversion. Such a profile points to an internal conflict with contradictory tendencies, for instance, high expectations vs lack of self-confidence or high levels of activity vs fatigue. Data point to crisis in majority of wounded people, which is associated with the meaning of life and losing perspective in future. These findings formed the basis for developing a range of psychotherapeutic and psychocorrective measures, such as anticrisis therapy, logotherapy, relaxation techniques, behavioral trainings and educational programs.